
22900243404

ACTAS Y TRABAJOS

DEL

TERCER CONGRESO MÉDICO LATINO-AMERICANO

TOMO I

TERCER CONGRESO MÉDICO LATINO-AMERICANO

MONTEVIDEO—17-24 DE MARZO DE 1907

ACTAS Y TRABAJOS

TOMO I

Preliminares.
Organización. Programa General del Congreso.
Sesiones generales.
Visitas y recepciones. Trabajos presentados.
Nómina de los miembros adherentes.
Exposición de Higiene.

Publicación oficial del Comité Ejecutivo del Congreso

ENCARGADO DE LA PUBLICACIÓN:

Dr. J. POU ORFILA,
Prosecretario.



MONTEVIDEO

Imp. "El Siglo Ilustrado", de Mariño y Caballero
23 — CALLE 18 DE JULIO — 23
1908



Palacio del Ateneo.—Sede del Congreso

Preliminares. Organización

Acuerdo orgánico adoptado por el Primer Congreso Médico Latino-Americano

Santiago de Chile, enero 9 de 1901.

Artículo 1.º El Congreso Médico Latino-Americano será una institución permanente que celebrará reuniones periódicas cada dos años, en la capital del Estado latino americano que hubiese sido designado al efecto.

Art. 2.º Conjuntamente con el Congreso se organizará siempre una Exposición Internacional de Higiene.

Art. 3.º En la Comisión Directiva del Congreso tendrán derecho á votar:

1.º Los delegados de los gobiernos nacionales y provinciales de los países de la América latina;

2.º El Presidente y Secretario de la Comisión organizadora tanto del Congreso como de la Exposición y á los cuales se les considerará como representantes del país asiento de la asamblea;

3.º Los representantes de las Facultades ó academias de Medicina;

4.º Si un delegado reune dos ó más representaciones, su opinión se computará como un solo voto.

Artículo transitorio.—El Congreso Médico y la Exposición de Higiene próximos tendrán lugar en la ciudad de Buenos Aires el 1.º de abril de 1904, variándose la fecha, por haberlo solicitado así los señores delegados argentinos.

Decreto

MINISTERIO DE FOMENTO.

Montevideo, septiembre 30 de 1905.

Habiendo sido designada la ciudad de Montevideo en la última conferencia de Buenos Aires (abril de 1904) para sede del Tercer Congreso Médico Latino-Americano, que según lo acordado deberá reunirse en esta ciudad del 13 al 20 de enero de 1907; y

Considerando: que la aceptación por parte del Gobierno de esa decisión, establece de hecho una vinculación de solidaridad entre un Congreso y otro, que origina compromisos de cortesía internacional muy dignos de especial consideración, independientemente del deber que se ha impuesto el Gobierno de prestar su cooperación á los altos propósitos humanitarios y científicos que constituyen el plausible programa de esa conferencia;

El Presidente de la República

DECRETA:

Artículo 1.º De acuerdo con la invitación transmitida, el Tercer Congreso Médico Latino-Americano se reunirá en Montevideo del 13 al 20 de enero de 1907, bajo los auspicios y la especial protección del Gobierno de la República. En la misma época tendrá lugar la inauguración de la Exposición de Higiene anexa al Congreso.

Art. 2.º Por el Ministerio de Relaciones Exteriores se dirigirá invitación oficial á los gobiernos de la América del Sud, Centro América, Méjico y Cuba, á efecto de que se sirvan acreditar oportunamente sus respectivas delegaciones y prestigien y amparen, al mismo tiempo, la propaganda que, en pro del Congreso y Exposición anexa, harán los correspondientes Comités seccionales extranjeros.

Art. 3.º Destínase la suma de 20,000 pesos para los gastos del futuro Congreso y Exposición anexa. De esos fondos, se anticiparán mensualmente 300 pesos para costear los gastos de organización á cargo del Comité Ejecutivo, suma que se imputará provisoriamente por mitades al rubro de Eventuales de los Ministerios de Fomento y Relaciones Exteriores.

Art. 4.º El Comité Ejecutivo del Congreso percibirá esa asignación de 300 pesos á contar desde el 1.º de septiembre del corriente

año, á cuyo efecto presentará mensualmente al Ministerio de Fomento la planilla correspondiente, que se mandará liquidar por separado en el presupuesto mensual de la Administración pública.

Art. 5.° El Gobierno acuerda la suficiente categoría de personalidad administrativa á los efectos de la representación del Congreso Médico Latino-Americano, al Comité Ejecutivo que fué designado en la sesión celebrada por las asociaciones y personalidades adherentes el día 8 de julio del corriente año, y cuyo Comité se compone de los doctores don José Scoseria, don Enrique Pouey, don Gerardo Arrizabalaga, don Augusto Turenne, don Luis Morquio, don José Brito Foresti y don Jaime H. Oliver.

Art. 6.° El Comité Ejecutivo tendrá el uso libre de los telégrafos nacionales, y su correspondencia será considerada como oficial.

Art. 7.° Los Ministerios de Fomento y de Relaciones Exteriores quedan encargados respectivamente de la ejecución de este decreto, en la parte que á cada uno es concerniente.

Art. 8 ° Dése cuenta á la Honorable Asamblea General á efecto de que autorice el crédito de 20,000 pesos señalado provisoriamente (artículo 3.°).

Comuníquese á quienes corresponda, insértese en el R. N. y publíquese.

BATLLE Y ORDÓÑEZ.
JUAN ALBERTO CAPURRO.

Ley destinando treinta y cinco mil pesos para los gastos del Tercer Congreso Médico Latino-Americano.

PODER LEGISLATIVO.

El Senado y Cámara de Representantes de la República Oriental del Uruguay, reunidos en Asamblea General,

DECRETAN:

Artículo 1.° Autorízase al Poder Ejecutivo para invertir la suma de pesos treinta y cinco mil, en los gastos que demande la realización del Tercer Congreso Médico Latino-Americano y la construc-

ción del pabellón para Exposición de Higiene, anexa á dicho Congreso.

Art. 2.º Comuníquese, etc.

Sala de Sesiones de la Honorable Cámara de Senadores, en Montevideo, á 13 de julio de 1906.

EMILIO AVEGNO,
1.er Vicepresidente.
M. Magariños Solsona,
1.er Secretario

MINISTERIO DE FOMENTO.

Montevideo, 28 de julio de 1906.

Cúmplase, acúsese recibo, comuníquese, insértese en el R. N. y publíquese.

BATLLE Y ORDÓÑEZ.
JUAN A. CAPURRO.

Trabajos preliminares del Congreso

El Congreso Médico que se celebrará en Montevideo en las primeras semanas de 1907, es la continuación lógica de las brillantes y fructíferas reuniones de Santiago de Chile y de Buenos Aires. En el Congreso celebrado en esta última ciudad en 1904 se decidió en sesión plena de 11 de abril, que la tercera reunión se celebraría en Montevideo, encargando á los que en él representaban oficialmente á la República Oriental del Uruguay, de organizar, en la forma que creyeran más conveniente y oportuna, los trabajos preparatorios del tercer Congreso.

El Comité provisorio quedó compuesto de los doctores José Scoseria, Joaquín Canabal, Gerardo Arrizabalaga, Joaquín de Salterain y Augusto Turenne.

Este Comité se dirigió con fecha 5 de julio de 1905 á los profesores de la Facultad de Medicina, ingenieros, arquitectos, miembros del Cuerpo médico, farmacéuticos y todas aquellas personas que por

su profesión ó por los cargos que desempeñasen tuvieran interés en colaborar en las tareas del nuevo Congreso.

En una reunión celebrada en el palacio del Ateneo el 8 del mismo mes, se decidió la formación de una gran Comisión de Propaganda compuesta en la forma indicada en la página 10. La Comisión eligió de su seno un Comité Ejecutivo con el cometido de organizar definitivamente el Congreso. Este Comité tuvo la siguiente composición: Presidente, doctor José Scoseria; Vicepresidente, doctor Enrique Pouey; Vocales, doctores Luis Morquio y G. Arrizabalaga; Secretarios, doctores Augusto Turenne y Arturo Lussich; siendo reemplazado este último, á causa de haber renunciado, por el doctor Jaime H. Oliver. (1)

El Comité Ejecutivo se constituyó inmediatamente, siendo una de sus primeras ocupaciones la redacción del Reglamento General del Congreso y del que corresponde á la Exposición Internacional de Higiene que debe celebrarse al mismo tiempo que el Congreso.

El Comite Ejecutivo gestionó y obtuvo el patronato del Excmo. señor Presidente de la República, don José Batlle y Ordóñez, y de los señores Ministros de Fomento, ingeniero don Alberto Capurro, y de Relaciones Exteriores, doctor don José Romeu. El decreto respectivo, demuestra la acogida favorable y la decidida protección que el futuro Congreso obtuvo del Superior Gobierno de la República.

El Comité Ejecutivo nombró las Comisiones Seccionales y éstas se constituyeron y funcionaron con regularidad.

Los Comités Nacionales Extranjeros fueron nombrados en breve plazo, y los Gobiernos de las repúblicas latino-americanas fueron invitados oficialmente por el Gobierno de la República á concurrir al Congreso y á la Exposición de Higiene.

La fecha fijada para la celebración de la tercera reunión fué del 13 al 20 de enero de 1907.

Posteriormente, en la sesión del 12 de noviembre de 1906, el Comité resolvió postergar la fecha de celebración del Congreso, del 17 al 24 de marzo de 1907.

---

(1) Posteriormente, en sesión de fecha 8 de octubre de 1906, el Comité Ejecutivo resolvió crear el cargo de Prosecretario, confiando su desempeño al doctor don J. Pou Orfila.

Comité Ejecutivo

Presidente	Doctor *José Scoseria*, Profesor y ex Decano de la Facultad de Medicina, Director de la Comisión Nacional de Caridad y Beneficencia Pública.
Vicepresidente	» *Enrique Pouey*, Profesor de Clínica Ginecológica de la Facultad de Medicina.
Tesorero	» *José Brito Foresti*. Director de la Policlínica Dermo-sifilopática del Hospital de Caridad.
Vocal	» *Luis Morquio*, Profesor de Clínica Pediátrica de la Facultad de Medicina. Médico del Asilo de Expósitos.
»	» *Gerardo Arrizabalaga*, Profesor de Patología Quirúrgica de la Facultad de Medicina.—Cirujano del Manicomio Nacional.
Secretario	» *Jaime H. Oliver*, Profesor de Medicina Operatoria de la Facultad de Medicina.
»	» *Augusto Turenne*, Profesor de Obstetricia y Ginecología de la Facultad de Medicina.—Director de la Policlínica Obstétrica del Hospital de Caridad.
Prosecretario	» *J. Pou Orfila*, Jefe del Laboratorio de Histología de la Facultad de Medicina.—Profesor agregado de Obstetricia y Ginecología en la misma Facultad.
Oficial de Secretaría	Señor *Antonio Granotich*.

Comisión de Propaganda

Rector de la Universidad.

Decano y Profesores de la Facultad de Medicina.

Presidente y miembros del Consejo Nacional de Higiene.

Director del Instituto de Higiene.

Director de Salubridad.

Decano de la Facultad de Matemáticas y Profesores de Ingeniería Sanitaria é Higiene de la Arquitectura.

Presidente de la Comisión Nacional de Caridad y Beneficencia Pública.

Presidente y Secretario de la Sociedad de Medicina.
Presidente del Centro Farmacéutico Uruguayo.
Presidente de la Sociedad Odontológica.
Director General de Instrucción Primaria.
Director General del Departamento Nacional de Ingenieros
Presidente del Consejo Penitenciario.
Presidente de la Liga Uruguaya contra la Tuberculosis.
Director de la Oficina de Registro de Estado Civil.
Jefe de la Oficina de Estadística General.
Inspector de Sanidad Marítima.
Jefe de la Sanidad Militar.
Jefe de la Oficina Antropométrica.
Médicos de Hospitales y Asilos.
Médicos forenses.
Jefe de la Sección Arquitectura del Departamento Nacional de Ingenieros.
Médico Municipal.
Médico de la Dirección General de Instrucción Primaria.
Director del Museo Nacional.
Presidente del Ateneo.
Director del Laboratorio de las Clínicas.

Reglamento General del Tercer Congreso Médico Latino-Americano

Artículo 1.º El Congreso Médico Latino-Americano tiene por objeto:

Contribuir al adelanto de las ciencias médicas estimulando los estudios é investigaciones personales;

Propender al exacto conocimiento de todas aquellas cuestiones relacionadas con aquellas ciencias cuya resolución interesa á las naciones latino-americanas;

Favorecer por los medios á su alcance la adopción de medidas uniformes para la defensa sanitaria internacional;

Crear y mantener vínculos de solidaridad entre las instituciones, asociaciones y personalidades médicas de la América Latina, fomentando el intercambio intelectual.

Sus fines son exclusivamente científicos.

Art. 2.º El Congreso Médico Latino-Americano celebrará su tercera reunión en la ciudad de Montevideo, del 13 al 20 de enero de 1907, bajo el patronato del Excmo. señor Presidente de la República, don José Batlle y Ordóñez, y de los señores Ministros de Fomento y de Relaciones Exteriores.

Art. 3.º Podrán formar parte del Congreso como miembros titulares:

Los médicos,

Los farmacéuticos, químicos y naturalistas,

Los ingenieros y arquitectos sanitarios,

Los demógrafos,

Los veterinarios y

Los dentistas.

Podrán formar parte como miembros asociados, los estudiantes de Medicina de las Universidades latino-americanas.

Art. 4.º El Congreso se dividirá en seis secciones, á saber:

Sección primera—Anatomía (normal y patológica), Histología, Embriología, Teratología.

Fisiología—Física y Química biológicas.

Sección segunda—Medicina y sus especialidades (Neurología, Psiquiatría, Pediatría, Terapéutica, Dermatología, Venéreología).

Sección tercera—Cirugía general y sus especialidades (Urología, Oto-rino-laringología, Oftalmología, Cirugía pediátrica, Ortopedia, Cirugía abdominal).

Obstetricia y Ginecología.

Sección cuarta—Higiene (Higiene pública, Asistencia pública, Climatología, Epidemiología, Sanidad militar y naval, Higiene escolar, Demografía y Estadística sanitarias, Ingeniería y Arquitectura sanitarias, Policía veterinaria, Epizootias).

Medicina legal.

Sección quinta—Farmacia y Química aplicada.

Sección sexta—Odontología.

Art. 5.º Las personas que llenando los requisitos del artículo 3.º deseen formar parte del Congreso, deberán solicitarlo por escrito previamente al Comité Ejecutivo ó á los Comités Nacionales Extranjeros en sus países respectivos.

Art. 6.º Los elementos de organización del Congreso son:

La Comisión de Propaganda;

El Comité Ejecutivo;

Las Comisiones Seccionales, y

Los Comités Nacionales Extranjeros.

Art. 7.º La Comisión de Propaganda tiene por misión allegar el mayor número de adhesiones morales y materiales al Congreso, en el país de su celebración. Esta Comisión elige el Comité Ejecutivo.

Art. 8.º El Comité Ejecutivo tiene á su cargo la organización y dirección efectiva del Congreso hasta su clausura. Es el encargado de todas las comunicaciones previas y de la publicación de las actas y trabajos del Congreso. Designa y está en relación directa con las Comisiones Seccionales y con los Comités Nacionales Extranjeros.

Art. 9.º Las Comisiones Seccionales son las encargadas de organizar las diferentes Secciones y de reunir los materiales necesarios para su funcionamiento.

Art. 10. Los Comités Nacionales Extranjeros están encargados de la organización y remisión al Comité Ejecutivo de los elementos científicos y de las cuotas en los países de su residencia. Son los intermediarios entre los adherentes extranjeros y el Comité Ejecutivo.

Art. 11. El Congreso se ocupará de los asuntos siguientes:

A—Informes sobre temas de interés general designados por el Comité Ejecutivo.

B—Informes sobre temas de interés general ó local designados por el Comité Ejecutivo, las Comisiones Seccionales ó los Comités Nacionales Extranjeros.

C—Temas recomendados á estudio por el Comité Ejecutivo, los Comités Nacionales Extranjeros ó las Comisiones Seccionales.

D—Comunicaciones y trabajos personales.

Art. 12. Los miembros titulares residentes en el extranjero pagarán una cuota de una libra esterlina, y los que residan en la República de cinco pesos oro. Los miembros asociados pagarán respectivamente media libra esterlina y dos pesos cincuenta centésimos.

Art. 13. Los miembros titulares tendrán derecho á presentar trabajos, tomar parte en las discusiones, participar de los paseos, fiestas y excursiones de carácter oficial y recibirán todas las publicaciones del Congreso.

Art. 14. En las hojas de admisión los miembros inscriptos indicarán claramente su nombre, apellido, domicilio, títulos, funciones que ejercen, sección ó secciones en las que desean inscribirse y el título de sus comunicaciones al Congreso. En los países extranjeros los Comités Nacionales Extranjeros se encargarán de remitir al Tesorero

del Congreso las adhesiones y las cuotas recibidas, para que éste envíe inmediatamente la cantidad de tarjetas correspondiente.

Art. 15. El Congreso celebrará asambleas generales y las Secciones reuniones parciales. Serán públicas las asambleas de apertura y clausura.

Art. 16. En la sesión preparatoria se procederá á nombrar los presidentes y vicepresidentes de honor del Congreso.

En la sesión de clausura el Congreso designará el sitio y época de su próxima reunión, nombrando al mismo tiempo su Comisión Organizadora provisoria y fijando temas para ser tratados en dicha reunión.

Las asambleas generales se destinarán á los discursos de uso, á los votos y mociones reglamentarias y á ciertos trabajos fijados de antemano por el Comité Ejecutivo. No podrán pronunciar discursos en dichas asambleas sino las personas previamente designadas por el Comité Ejecutivo.

Art. 17. El Comité Ejecutivo organizará el programa de trabajos del Congreso.

Art. 18. Las personas encargadas oficialmente de presentar informes sobre temas designados por el Comité Ejecutivo ó aceptados por él, deberán enviar á este Comité las conclusiones de aquéllos, antes del 15 de octubre de 1906.

Los autores de comunicaciones deberán hacer conocer los títulos de ellas antes del 1.° de diciembre del mismo año.

Art. 19. A menos de resolución especial de la Asamblea, el tiempo asignado á cada orador será el siguiente: Informes, 20 minutos; comunicaciones, 15 minutos; discusión de informes, 10 minutos; discusión de comunicaciones, 10 minutos. Cada orador hará uso de la palabra sólo una vez. El autor dispondrá de diez minutos al final de la discusión para sostener sus conclusiones.

Art. 20. El texto escrito de los informes, comunicaciones y el resumen de las opiniones vertidas en las discusiones deberán ser entregados el mismo día de la sesión á la Secretaría seccional respectiva, sin cuyo requisito no figurarán en las publicaciones.

Art. 21. Las Secciones podrán solicitar por intermedio del Comité Ejecutivo, que el Congreso pleno prestigie con su sanción los votos ó conclusiones que aquéllas hayan adoptado. Estos votos ó conclusiones serán resueltos por simple mayoría y sin discusión previa.

Art. 22. Los Comités Nacionales Extranjeros y las Comisiones Seccionales tendrán el derecho de proponer al Comité Ejecutivo te-

mas que á su juicio deban tratarse en el Congreso, pudiendo aquéllos además proponer miembros informantes en los temas designados por el Comité Ejecutivo.

Art. 23. No podrá leerse ni presentarse ningún trabajo que haya sido publicado ó presentado á una sociedad científica.

Art. 24. Las reuniones de las Secciones serán presididas por congresales extranjeros designados en cada sesión por el Comité Ejecutivo, actuando como Secretarios los de la Comisión Seccional correspondiente.

Art. 25. El Comité Ejecutivo nombrará en cada nación latino-americana un Comité Nacional Extranjero que tendrá á su cargo todos los trabajos preceptuados en el artículo 10, y gozará de plena libertad para organizarse en la forma más conveniente al mejor éxito del Congreso.

Art. 26. Las lenguas oficiales del Congreso son el español y el portugués. En casos especiales y sólo por decisión expresa de la asamblea podrá hacerse uso de otro idioma.

Art. 27. El Comité Ejecutivo gestionará la obtención de todas aquellas medidas que faciliten la concurrencia de los miembros del Congreso residentes en el interior de la República ó en los países extranjeros.

Art. 28. Las Secciones funcionarán con el número de inscriptos que concurran. En caso de presentarse un número crecido de comunicaciones, el Comité Ejecutivo podrá subdividir las Secciones para facilitar su funcionamiento.

Programa y Reglamento de la Exposición de Higiene anexa al 3.er Congreso Médico Latino-Americano

Artículo 1.° Como anexo al 3.er Congreso Médico Latino-Americano, se abrirá en Montevideo una Exposición Internacional de Higiene, con el objeto de presentar al público, aparatos, instrumentos, útiles, modelos, publicaciones, etc., que tengan relación con la Higiene y sus aplicaciones. La exposición durará dos meses.

Art. 2.° La Exposición constará de dos grandes secciones que ocuparán locales diferentes:

I.—Sección Científica.—Se compondrá de la exposición de apara-

tos, planos, planchas murales, modelos, procedimientos, etc., de todo lo relacionado con la Higiene y presentados con un fin puramente científico. Esta Sección será exclusivamente latino-americana.

II.—Sección Industrial.—Se compondrá de la presentación de aparatos, modelos, alimentos y bebidas, productos industriales, químicos y farmacéuticos, aparatos de medicina, cirugía y ortopedia, procedimientos industriales de todo lo relacionado con la Higiene y presentados con un fin comercial. En esta Sección los expositores podrán suministrar al público toda clase de informaciones relativas á sus productos y á su circulación comercial. Esta Sección será universal.

Art. 3.º La Sección Científica se dividirá en siete clases, á saber:

Clase I—*Higiene del aire, suelo, agua. Parasitologia:*

a) Aparatos para el examen físico, químico y bacteriológico del aire, suelo y agua.

b) Aparatos meteorológicos.

c) Aparatos y procedimientos de parasitología, cultivos, planchas murales, sueros, aparatos de laboratorio, etc.

Clase II—*Higiene alimenticia:*

a) Aparatos y procedimientos de fabricación y conservación de las sustancias alimenticias (carnes, pescado, leche, legumbres, condimentos, etc.).

b) Aparatos y procedimientos para la fabricación y conservación de bebidas (vinos, cervezas, bebidas fermentadas, aguas minerales, etc.).

c) Arte culinario y sus aparatos.

d) Aparatos y procedimientos para la defensa contra las falsificaciones de sustancias alimenticias.

Clase III—*Higiene urbana y rural:*

a) Planos y modelos relativos á las construcciones de ciudades, pueblos, caminos, plazas, jardines, plantaciones, etc.

b) Suelo y su protección. Diferentes clases de pavimentación de calles y caminos. Letrinas y orinales públicos. Basuras y su alejamiento. Limpieza de las calles.

c) Sistema de alejamiento de las inmundicias. Fosas fijas y movibles, etc.; canalizaciones subterráneas, *tout à l'égout*, etc. Utilización de las inmundicias por la industria, campos de riego, tratamientos químicos, etc.

d) Alimentación urbana. Mercados, mataderos, tambos, carnicerías, panaderías, etc., y defensa de enfermedades transmitidas por alimentos. Laboratorios municipales.

e) Limpieza de las personas. Baños y lavaderos públicos, baños populares, baños de mar y río, etc.

f) Edificios públicos. Estaciones de ferrocarril, de tranvías, teatros, cafés, cocherías, caballerizas, hoteles, restaurants, tambos y vaquerías.

g) Cementerios. Inhumaciones, cremaciones, hornos crematorios, etc.; depósitos mortuorios.

h) Diversos servicios públicos. Transportes (ferrocarriles, tranvías, coches, etc.), alumbrado (gases, electricidad, etc.), incendios, asistencia pública, socorros, asilos nocturnos, peluquerías, etc.

i) Aprovisionamiento de agua. Aljibes, pozos, drenajes, captados, ríos, etc. Cañerías de conducciones. Aparatos purificadores, filtros centrales y domésticos, aparatos esterilizadores, etc.

Clase IV—*Higiene de la habitación privada é higiene personal:*

a) Planos de casas, chalets, etc., distribución de las piezas, etc., cocinas, cuartos de baños, etc.

b) Materiales de construcción y revestimiento (murallas, techos, pisos, paredes, etc.). Preparación del suelo.

c) Ventilación de las habitaciones.

d) Calefacción de las habitaciones.

e) Iluminación de las habitaciones.

f) Alejamiento de las inmundicias. Residuos de cocinas y basuras, water-closets, piletas, etc. Canalizaciones domésticas.

g) Higiene corporal. Ejercicio, reposo, vestidos, calzados y demás prendas, baños fríos, calientes y de lluvia, lavatorios, etc.

Clase V—*Higiene de las habitaciones colectivas y grupos colectivos:*

a) Hospitales.—Hospitales generales y especiales, cunas, asilos infantiles y de mendigos, manicomios, dispensarios, policlínicas. Construcción, distribución, emplazamiento y diferentes servicios. Profilaxia hospitalaria. Mobiliario.

b) Escuelas—Construcción, distribución, mobiliario, material escolar, libros, distribución de las clases, enfermedades escolares y su profilaxia.

c) Establecimientos industriales —Construcción y distribución de las fábricas y establecimientos industriales, instrumentos de trabajo,

accidentes del trabajo y su protección. Duración del trabajo, higiene general del gremio obrero.

d) Militares y marinos.—Construcción de cuarteles y distribución, hospitales militares y navales, alimentación, vestidos, higiene corporal, enfermedades de los soldados y marinos y su profilaxia. Cruz Roja.

e) Cárceles.—Construcción y distribución, alimentación, vestidos, trabajos, higiene corporal, enfermedades del preso.

Clase VI—*Higiene pública:*

a) Enfermedades indígenas.—Viruela y vacunación. Escarlatina sarampión, fiebre tifoidea, difteria, tuberculosis, enfermedades venéreas, rabia, carbunclo, tifus, erisipela, muermo, lepra, etc. Demostración de sus microorganismos, cultivos, etc.

b) Enfermedades exóticas.—Cólera, fiebre amarilla y peste. Demostración de sus microorganismos, cultivos, etc.

c) Intoxicaciones.—Alcoholismo, saturnismo, etc.

d) Defensa contra las enfermedades indígenas.—Aislamiento, desinfección de locales y ropas, estufas fijas y portátiles, hospitales de aislamiento, servicio municipal de profilaxia, legislación sanitaria, declaración obligatoria, saliveras públicas, utensilios para la limpieza y desinfección de locales, etc.

e) Defensa contra las enfermedades exóticas.—Aislamiento, estaciones sanitarias terrestres y marítimas, lazaretos, cuarentenas, estufas de desinfección, legislación sanitaria, declaración obligatoria. Aparatos para la desinfección de buques, etc.

f) Ligas contra las distintas enfermedades. Ligas contra la tuberculosis, sífilis, alcoholismo, etc.

Clase VII—*Demografía y Literatura:*

Etnología, movimiento de la población, natalidad, mortalidad, morbilidad, etc., de las distintas naciones latino-americanas. Literatura sobre demografía y estadística sanitaria y sobre higiene en general.

Art. 4.º La Sección Industrial se compondrá de ocho clases, á saber:

Clases I á VI.—Las mismas que en la sección I.

Clase VII.—Productos químicos y farmacéuticos.

Clase VIII.—Aparatos de cirugía, medicina, ortopedia, gimnasia, dentistería, etc.

Art. 5.º Las personas que deseen inscribirse como expositores lo solicitarán por escrito de la Secretaría general del Congreso antes del 1.º de septiembre de 1906.

Art. 6.º La Exposición estará á cargo de una Comisión Organizadora nombrada por el Comité Ejecutivo del Congreso.

Art 7.º La Comisión Organizadora decidirá acerca de la recepción de objetos cuya admisión se solicite, pudiendo denegarla cuando por cualidad, valor, naturaleza ó defectos de los mismos, puedan ser molestos, peligrosos ó no correspondan al objeto de la Exposición.

Art. 8.º Los deberes y atribuciones de la Comisión Organizadora serán los siguientes:

1.º Designar el local que debe ocupar la Exposición, de acuerdo con el Comité Ejecutivo del Congreso;

2.º *a*) Invitar á las oficinas técnicas y corporaciones científicas de los distintos países latino-americanos á que expongan cuanto se refiere á la higiene y organización sanitaria de sus respectivos países (publicaciones, fotografías, gráficos, modelos, planos, etc.);

b) Invitar á las personas, sociedades comerciales ó industriales, y al público en general, á concurrir con los aparatos é instrumentos y útiles de su comercio, fabricación ó invento que se relacione con los objetos de este concurso;

3.º Proveer todo lo relativo á la mejor distribución, colocación, conservación y seguridad de los objetos expuestos;

4.º Formar un catálogo completo de los objetos expuestos;

5.º Distribuir el espacio disponible entre los expositores en relación al número, clase y categoría de sus productos;

6.º Suministrar al Jurado que debe conocer del mérito de los objetos expuestos, todos los datos que requiriese para el mejor cumplimiento de su cometido.

Art. 9.º El Comité Ejecutivo nombrará diversos Jurados compuestos de cinco miembros cada uno para conocer y fallar acerca del mérito de los objetos expuestos.

Art. 10. Los Jurados darán su veredicto dentro de los quince días siguientes á la clausura de la Exposición.

Art. 11. Los premios consistirán en medallas y diplomas.

Art. 12. Todos los expositores que así lo deseen, podrán dejar un ejemplar de los objetos con que concurran á la Exposición, el cual

será destinado á formar un Museo de Higiene en la Facultad de Medicina. Estos artículos llevarán el nombre del expositor, el de su fabricante, número y calle de la fábrica, taller ó depósito donde se expenden al público, categoría del premio obtenido en la Exposición y demás noticias que el expositor quisiera hacer constar.

Art. 13. La Facultad de Medicina designará en oportunidad el local que ha de ocupar permanentemente el Museo de Higiene, teniendo en cuenta que debiendo servir al público como muestrario general de servicios é instalaciones sanitarias, debe tener á el fácil acceso.

Art. 14. Cada expositor tendrá derecho á una tarjeta de entrada personal y gratuita.

Art. 15. Los objetos podrán ser custodiados por un representante nombrado por el dueño, el cual deberá pedir para él, á la Secretaría de la Exposición, una tarjeta que deberá ser personal é intransferible.

Art. 16. Lós expositores no tendrán que satisfacer cantidad alguna como precio del sitio que sus objetos ocupen en la Exposición. La cesión de éste es completamente gratuita.

Art. 17. Los gastos de transporte é instalación de los objetos que deben exponerse serán de cuenta del expositor, el cual deberá cumplir las disposiciones que se dicten con dicho objeto.

También serán de cuenta del expositor los armarios, vidrieras, mostradores, marcos, etc., de su instalación respectiva.

Art. 18. En caso de que la instalación necesitara la ejecución de trabajos de movimiento de tierra, canalización, etc., los expositores deberán acompañar su solicitud de un proyecto de dichos trabajos que deberá ser aprobado por la Comisión Organizadora. Esta hará formular un presupuesto general que comprenda los gastos del restablecimiento de los sitios á su primitivo estado.

Los gastos serán abonados por los expositores antes del principio de los trabajos.

Art. 19. La provisión de agua, gas ó electricidad que necesiten los expositores será suministrada á los precios mejorados que el Comité Ejecutivo obtenga de las respectivas compañías.

Art. 20. Las inscripciones, anuncios, descripciones, carteles, etc., de cada instalación, serán autorizadas por la Comisión Organizadora.

Art. 21. Los objetos expuestos serán custodiados por un personal nombrado al efecto. El Comité Ejecutivo no responde en ningún caso y cualquiera que sea el valor del objeto, de los deterioros. accidentes, robos, pérdidas, etc., que puedan sobrevenir.

Art. 22. Queda prohibida la reproducción de los objetos expuestos, sin autorización del expositor. La Comisión Organizadora declina sin embargo toda responsabilidad si se contraviniese á esta disposición.

Art. 23. Los expositores deberán levantar sus instalaciones y retirar sus productos dentro de un mes de clausurada la Exposición. En caso contrario, la Comisión Organizadora almacenará los objetos por cuenta y riesgo de su propietario, sin responder de los deterioros que puedan originarse. Tres meses después de la clausura de la Exposición, los objetos no reclamados serán cedidos á los establecimientos oficiales.

Art. 24. Si por prórroga ó retardo en la apertura de la Exposición, los intereses de los exponentes se encontrasen lesionados, no podrá reclamarse indemnización alguna.

Comisión organizadora de la Exposición de Higiene

Doctor	José Scoseria	Presidente
»	Ernesto Fernández Espiro	Vocal
»	Alfredo Vidal y Fuentes	»
»	Felipe Solari	»
»	Enrique Figari	»
»	Gabriel Honoré	»
»	Joaquín Canabal	»
»	Joaquín de Salterain	»
»	Eduardo E. Martínez	»
»	José Mondino	»
Arquitecto	José Pedro Gianelli	»
»	Horacio Acosta y Lara	»
Ingeniero	Florencio Michaelsson	»
»	Juan Monteverde	»
»	Juan P. Lamolle	»
Farmacéutico	Luis M. Surraco	»
»	Enrique Puppo	»
Profesor	José Arechavaleta	»
Dentista	Arturo Capella y Pons	»
Doctor	Ramón López Lomba	»
Señor	Luis C. Bollo	»

Comité Ejecutivo de la Exposición de Higiene

Doctor José Scoseria	Presidente
» Joaquín Canabal	Vocal
» Gabriel Honoré	»
» E. Fernández Espiro	»
Arquitecto Juan P. Gianelli	»
Profesor Luis Morandi	»

Delegados del Comité de la Exposición

Doctor E. Fernández Espiro.
» G. Honoré.

Países adheridos oficialmente al Congreso

Argentina.
Bolivia.
Brasil.
Chile.
Costa Rica.
Cuba.
Guatemala.
Honduras.
Méjico.
Nicaragua.
Paraguay.
Perú.
San Salvador.

Comités Ejecutivos Nacionales Extranjeros

ARGENTINA

Doctor Eufemio Uballes, Presidente.
» Eliseo Cantón, 1.er Vicepresidente.

Doctor Roberto Wernicke, 2.º Vicepresidente.
» Gregorio Araoz Alfaro, Tesorero.
» Ricardo Colón, Secretario.
» José Penna, »
» Pedro Lagleize, Vocal.
» Carlos Malbrán »
» Félix J. Muñoz »

BOLIVIA

Doctor Manuel Mariaca, Presidente.
» Elías Sagárnaga, Secretario.
» Claudio Sanjinés, Vocal.
» Ramón Zapata »
» Luis Piérola »

BRASIL

Doctor A. A. Azevedo Sodré.
» Eduardo Chapot Prévost.
» Abreu Fialho.
» Díaz de Barros.
Teniente Coronel doctor Ismael de Rocha.
Doctor Humberto Gottuzo.
» Adolfo Lutz.
» Clemente Ferreyra.
» João Fróes.
» Olinto d'Oliveira.

CHILE

Doctor Máximo Cienfuegos, Presidente.
» Carlos Ibar, Secretario.
» Alcibíades Vicencio, Vocal.
» Luis Espejo »
» Octavio Maira »

Comité de Honor Chileno

Doctor Federico Puga Borne.
» Daniel García Guerrero.

Doctor Roberto del Río.
» Lucas Sierra.
» R. Dávila Boza.
» Mamerto Cádiz.
» Augusto Orrego Luco.
» Alejandro del Río.
» Victor Körner.
» Guillermo del Sol.
» Corvalán Melgarejo.
» Alfonso Klickman.
Señor Presidente del Centro Médico de Talca.
» » de la Société Scientifique de Chile.
» » de la Sociedad Odontológica de Chile.
Doctor J. B. Miranda.
» G. Valenzuela B.
» Francisco Servat.
» Federico Yhou.
» Otto Bürger.
» Carlos Malsch.
Señor Marcial Martínez.
Presidente de la Sociedad de Farmacia.

COLOMBIA

Doctor J. M. Lombana Barreneche.
» Luis Montoya Flores.

COSTA RICA

Doctor Carlos Durán.
» Tomás M. Calnek.
» Emilio Echavarría.
» Daniel Núñez.
» Francisco J. Rucavado.
» José M.ª Soto Alfaro.
» Rafael Calderón Muñoz.
» Juan Arrea Cosp.
» Francisco Fonseca.

CUBA

Doctor José Santos Fernández, Presidente.
» Joaquín Dueñas, Secretario.

Doctor Francisco Domínguez Roldán, Vocal.
» Carlos Finaly »
» José A Presno »

ECUADOR

Doctor Rafael Rodríguez Maldonado.
» Eliezer Chiriboga.
» Alejandro Villamar.
» Luis Cárdenas.
» Alejandro Salvador.
» Florentino Uribe.

GUATEMALA

Doctor Juan Ortega.
» Julián Rosales.
» Salvador Ortega.
» Ramón Bengochea.
» Juan Padilla Matute.
» Manuel Aparicio.
» Ernesto Mena.

HAITÍ

Doctor León Audain Presidente
» Félix Armand Vocal.
» J. E. Geanty »
» Charles Mathou »
» L. Rigaud »
» Gastón Daléncourt »
» D. Destouches »
» A. Numa »
» Clemente Coicou »

HONDURAS

Doctor Diego Robles.
» Alejo de Lara.
» Ruben Andino.
» Manuel de Zúñiga y Médal.

Doctor A. Walther.
» Remigio Díaz.
» Manuel Saravia.
» Alberto Zúñiga.
» José Callejas.

MÉXICO

Doctor Eduardo Licéaga.
» Jesús E. Monjarás.
» Demetrio Mejía.
» Francisco Vásquez Gómez.
» Fernando Zárraga.

NICARAGUA

Doctor David Camparí.
» Luis H. Debayle.
» Rodolfo Espinosa.
» Gustavo C. Gómez.
» W. H. Graham.
» Fidel Nibili.
» José D. Mayorga.
» Constantino Herdocia.

PANAMÁ

Doctor Pedro de Obarrie.
» A. S. Boyd.
» Manuel Corroalles.
» Daniel Oduber.
» A. Velásquez.
» Alfonso Preciado.
» W. C. Gorgas.

PARAGUAY

Doctor Andrés Barbero, Vicepresidente en ejercicio.
» José P. Montero, Secretario.
» M. Fernández Sánchez, Vocal.
» Natalicio Frutos »

Doctor Benigno Escobar Vocal.
» Juan Vallory »
» Justo P. Duarte »

PERÚ

Doctor Belisario Sosa.
» Rafael Benavides.
» Ernesto Odriozola.
» Tomás Salazar.
» Leónidas Avendaño.
» Julián Arce.
» Rómulo Eyzaguirre.

VENEZUELA

Doctor Luis Razeti.
» Andrés Herrera Vegas.
» A. Minguet L.
» E. Conde Flores.
» P. Acosta Ortiz.

SANTO DOMINGO

Doctor Pedro M. Garrido.
» Ramón Báez.
» Fernando A. Defilló.
» Salvador A. Gautier.
» José de Jesús Brenes.
» Rafael Delgado Tejera.
» Alvaro Logroña.

SAN SALVADOR

Doctor Sixto Alberto Padilla.
» Tomás J. Palomo.
» Nicolás Aguilar.
» Carlos Bonilla.
» José del C. Gasteazoro.
» Fidel A. Novoa.
» José Neftalí Velásquez
» Daniel Clara.

Comisiones de las Secciones, y grupos en que está dividido el Congreso

Primera Sección

Comprende: Anatomía (normal y patológica), Histología, Embriología, Teratología, Fisiología, Física y Química biológicas, Patología Experimental, Bacteriología, Parasitología.

COMISIÓN

Doctor	Bernardo Etchepare	Presidente
»	Ernesto Quintela	Vicepresidente
»	Lorenzo Mérola	Secretario
»	Horacio García Lagos	»
»	Jacinto de León	Vocal
»	Angel C. Maggiolo	»
»	P. Scremini	»
»	J. A. Aguerre	»
»	Francisco A. Caffera	»
»	Santiago Puppo	»
»	José Arechavaleta	»

Segunda Sección

Comprende: Medicina y sus especialidades (Neurología, Psiquiatría, Pediatría, Terapéutica, Dermatología, Venéreología).

COMISIÓN

Doctor	Francisco Soca	Presidente
»	Américo Ricaldoni	Vicepresidente
»	Juan B. Morelli	Secretario
»	Juan A. Rodríguez	»
»	Juan Aranguren	Vocal
»	Bernardo Etchepare	»
»	Pablo Scremini	»
»	Arturo Garabelli	»
»	Arturo Lussich	»

Doctor	J. J. Martirené	Vocal
»	P. Vizca	»
»	E. Fernández Espiro	»
»	O. Ortiz	»
»	R. Fonseca	»
»	José R. Amargós	»
»	Alejandro Gallinal	»
»	José R Mestre	»
»	Antonio Harán	»
»	E. Lamas	»
»	Antonio Cabral	»
»	Pedro Ricci	»
»	J. Nin y Silva	»
»	Julio Etchepare	»
»	Santiago Puppo	»
»	Rafael Rodríguez	»
»	Andrés Puyol	»
»	José Aguerre	»
»	J. de León	»
»	Enrique Figari	»
»	Norberto Barbot	»
»	Arturo Berro	»
»	Carlcs F. Calamet	»
»	J. F. Elye	»
»	Félix Vitale	»
»	Emilio Sineiro	»
»	Alberto Marroche	»
»	Angel C. Maggiolo	»
»	Martín Gastesi	»
»	Pedro Hormaeche	»
»	Juan Fleurquin	»
»	Antonio Lébano	»

Tercera Sección

Comprende: Cirugía general y sus especialidades (Urología, Otorino-laringología, Oftalmología, Cirugía pediátrica, Ortopedia, Cirugía abdominal). Obstetricia y Ginecología.

COMISIÓN

Doctor	Alfredo Navarro	Presidente
»	Manuel Quintela	Vicepresidente
»	Juan F. Canessa	2.º »
»	Eduardo Lorenzo	Secretario
»	Francisco Cortabarría	»
»	Alfonso Lamas	Vocal
»	Isabelino Bosch	»
»	Alberico Isola	»
»	Luis P. Bottaro	»
»	Luis Mondino	»
»	J. Mondino	»
»	Eugenio Bruel	»
»	Ernesto Quintela	»
»	Luis Demicheri	»
»	Valentín Aznares	»
»	P. Aicardi	»
»	B. Delger	»
»	J. J. Martirené	»
»	Juan B. Bado	»
»	Prudencio de Pena	»
»	Pascual Vero	»
»	Esteban J. Toscano	»
»	Luis P. Lenguas	»
»	Manuel Nieto	»
»	Enrique Llovet	»
»	J. Arcos Pérez	»
»	Luis Calzada	»
»	Eduardo Martínez	»
»	Fausto Veiga	»
»	Juan J. Cóppola	»
»	Ricardo Vecino	»
»	Joaquín de Salterain	»
»	Horacio García Lagos	»
»	Antonio Harán	»
»	Eduardo Payssé	»
»	Juan Testaseca	»
»	Federico Velasco	»
»	J. Villamil y Casas	»

Cuarta Sección

Comprende: Higiene (Higiene Pública, Asistencia Pública, Climatología, Epidemiología, Sanidad Militar y Naval, Higiene Escolar, Demografía y Estadística Sanitarias, Ingeniería y Arquitectura Sanitarias, Policía Veterinaria, Epizootias). Medicina Legal.

COMISIÓN

Doctor Alfredo Vidal y Fuentes	Presidente
Ingeniero Juan Monteverde.	1.er Vicepresidente
Doctor Enrique Figari.	2.° »
» Arturo Berro	Secretario
» Eduardo Martínez	»

1.er GRUPO: HIGIENE PÚBLICA, CLIMATOLOGÍA, EPIDEMIOLOGÍA

Doctor Enrique Figari	Presidente
» E. Fernández Espiro	Secretario
» Alfredo Vidal y Fuentes	Vocal
» Gabriel Honoré	»
» Juan L. Heguy	»
» Felipe Solari	»
» Luis Brusco	»
» Arturo Berro	»
» Alberto Gianelli.	»
» Antonio Harán	»
Profesor Luis Morandi	»
Agrimensor Hamlet Bazzano	»
Señor Gerónimo Zolezi	»

2.° GRUPO: ASISTENCIA PÚBLICA

Doctor Gabriel Honoré	Presidente
» Prudencio de Pena	Secretario
» Enrique Figari	Vocal
» Eduardo Payssé	»
» Sebastián B. Rodríguez	»
» Juan B. Viacaba.	»
» Fausto Veiga	»

Doctor	Ricardo Vecino	Vocal
»	Manuel Nieto.	»

3.er GRUPO: SANIDAD MILITAR Y NAVAL

Doctor	Eduardo Martínez	Presidente
»	Andrés Puyol	Secretario
»	Alberto Eirale	Vocal
»	José L. Deambrosis.	»
»	Juan B. Bado	»
»	Andrés Crovetto.	»
»	Esteban J. Toscano	»
»	Alberto Gianelli.	»
»	José Repetto.	»
Sargento Mayor	Antonio S. Viana	»

4.o GRUPO: DEMOGRAFÍA Y ESTADÍSTICA SANITARIAS

Doctor	Joaquín Canabal	Presidente
Señor	Benjamín Fernández y Medina	Secretario
Doctor	Joaquín de Salterain	Vocal
»	Antonio Harán	»
»	Ramón López Lomba.	»
Señor	Luis C. Bollo	»

5.o GRUPO: HIGIENE ESCOLAR

Doctor	Abel J. Pérez	Presidente
»	José J. Martirené.	Secretario
»	Francisco Caffera	Vocal
»	Alberto Marroche	»
Señor	José H. Figueira	»
Doctor	Gregorio L. Rodríguez	»
Señor	Eduardo Rogé	»

6.o GRUPO: INGENIERÍA Y ARQUITECTURA SANITARIAS

Ingeniero	Juan Monteverde.	Presidente
»	Juan P. Fabini	Secretario
»	Florencio Michaelsson	Vocal
»	Víctor Benavídez	»
»	Rodolfo de Arteaga	»
»	Juan P. Lamolle	»
»	José María Montero Paullier	»

Ingeniero	Eduardo García de Zúñiga. . . .	Vocal
»	Juan A. Alvarez Cortés	»
»	Juan Storm.	»
»	Guillermo West	»
»	Víctor Sudriers	»
»	Horacio Acosta y Lara	»
»	Adolfo Pérez	»
»	J. A. Gardone	»
»	A. Millot Grané	»
Arquitecto	Jacobo Vásquez Varela	»
»	Américo E. Maini	»
»	Alberto Jones Brown	»
»	Alejandro Ruiz	»
»	G. Giuria	»
»	Adolfo Shaw	»
»	Antonio Llambías de Olivar. . . .	»
»	Juan M. Aubriot.	»
»	Juan Rivas.	»
»	F. García Martínez.	»
»	Octavio Hansen	»
»	Miguel Costa	»
»	Federico Capurro	»
»	Domingo Sanguinetti	»
»	Alberto Canessa	»
»	Juan P. Gianelli	»
»	Alberto Castell	»
»	Roberto Penco	»
»	Alberto Trigo	»
»	Abel Fernández	»
»	Juan A. Giribaldo	»
»	Alberto Brignone	»
»	Pablo Bañales	»
»	Luis Andreoni	»
»	Arturo Seitune	»
»	Felipe Echániz.	»
»	F. Rodríguez Torres	»
»	E. Vaeza Ocampo.	»
»	Pedro Pratt	»
»	Arturo Rodríguez	»

7.º GRUPO: POLICÍA VETERINARIA (EPIZOOTIAS)

Doctor Gabriel Honoré	Presidente
Veterinario N. Larrauri	Secretario
Doctor Felipe Solari	Vocal
Farmacéutico Enrique Puppo	»
Veterinario Ricardo Baldassini	»
» Guido Rosa	»
» Pablo Cariñana y Royo	»
» Teodoro Visaires y González	»
» Pedro Vergés	»
» Antonio Palombo	»

8.º GRUPO: MEDICINA LEGAL

Doctor Julio J. Etchepare	Presidente
» Arturo Ferrer	Secretario
» Elías Regules	Vocal
» Alejandro Saráchaga	»
» Florentino Felippone	»
» Vicente Tagle	»
« Alfredo Giribaldi	»
» Sebastián B. Rodríguez	»
» José P. Massera	»
» José Irureta Goyena	«
» Teófilo D. Piñeyro	»
» Leopoldo Mendoza y Durán	»
» José Pastor	»
» Ramón Montero Paullier	»

Quinta Sección

Comprende: Farmacia y Química Aplicada.

COMISIÓN

Farmacéutico Vicente Curci	Presidente
» Francisco Peluffo	Vicepresidente
» Víctor Coppetti	Secretario
» José Lanza	»
» E. Laventure	Vocal

Farmacéutico C. Bacigalupi	Vocal
» Francisco Alciaturi	»
» Santiago Barabino	»
» Matías González	»
» E. Puppo	»
» Carlos F. Carnelli	»
» Domingo Giribaldo	»
» O. Morató	»
» Pablo Rochietti	»
» Ernesto Paccard	»
» Silvano Rodríguez	»
» Gaudencio Guglielmetti	»
» Antonio Cuneo	
» Juan B. Seré	«
» Daniel Smith	»
» José Ferri	»
» Francisco Ravecca	»
» Juan Chiarella	»
» J. Fontela	»
» José Arechavaleta	»
» Abel Zamora	»
» Francisco de la Croce	»
» E. Isola	»
» N. Baliño	»
» L. Surraco	»
» Armando Falco	»
» Tomás Giguens	»
» José M.ª Pongibove	»
» P. Manetti	»
» Antonio Casas	»
» P. Carrere	»
» Tomás Semería	»
» Pedro Bonasso	»
» Manuel Calveira	»
» J. Roch	»
» A. P. Sanguinetti	»
» José L. Cossio	»
Doctor Florentino Felippone	»
Ingeniero José de Miquelerena	»
» Julio Frommel	»

Sexta Sección

Comprende: Odontología.

COMISIÓN

Antonio Sierra.	Presidente
Juan J. Burnett	Vicepresidente
Alejandro Lamas.	Secretario
F. Héctor Cohas.	»
Saverio Laguardia	Vocal
Arturo Capella y Pons.	»
Santiago Etchepare	»
J. Abelardo Fiol.	»
Tomás E. Gallaugher	»
Ramón García.	»
Angel Guerra	»
Alfredo B. Hill	»
Guillermo E. Hill	»
Alejandro Lockhart	»
D. Macartney	»
M. Rinaldi	»
Juan Guerra	»
Godschaux Worms	»
Emilio Laguardia	»
A. Calveira.	»

Delegaciones oficiales

ARGENTINA

Doctor Eliseo Cantón.
» Baldomero Sommer.
» Antonio Piñero.
» Alfredo Lagarde.
» Pedro N. Arata.
» Antonio Vidal.
» Ricardo Schatz.

Doctor Alberto Castaño.
» Carlos Malbrán.
» José Penna.
» Roberto Wernicke.
» Pedro Lagleize.
» Gregorio Araoz Alfaro.
» Ricardo Colón.
» Jenaro Sisto.
» E. Zárate.
» José Arce.
» Benjamín Martínez.
Señor Gabriel Carrasco.
» Alberto B. Martínez.
» Carlos A. Encina.

BOLIVIA

Doctor Andrés S. Muñoz.

BRASIL

Doctor Manuel José de Araújo, Presidente.
» José Ignacio de Oliveira Borges.
» Humberto Netto Gottuzo.
» Fernando Augusto Ribeiro de Magalhães.
» Joaquín de Oliveira Botelho.

CHILE

Doctor Máximo Cienfuegos.

COSTA RICA

Doctor Elías Rojas.

GUATEMALA

Doctor Eduardo Poirier.

MÉJICO

Doctor Gregorio Mendizábal.

PARAGUAY

Doctor José P. Montero.

PERÚ

Doctor Francisco Almenara Butler.

Otras delegaciones

CRUZ ROJA ARGENTINA

La Cruz Roja Argentina ha designado para que la representen en el Congreso á los miembros del Comité Central, doctores Silvio Tatti y Juan B. González.

LIGA ARGENTINA CONTRA LA TUBERCULOSIS

El doctor Emilio Coni concurrirá al Congreso en el carácter de Presidente de la Comisión Internacional para la profilaxia de la tuberculosis en la América latina y como delegado de la Liga Argentina.

ACADEMIA DE CIENCIAS DE LA HABANA

Esta corporación ha designado representantes ante el Tercer Congreso Médico á los doctores Luis Demicheri y Joaquín Canabal.

Corporaciones adheridas

NACIONALES

Universidad.
Facultad de Medicina.
Consejo Nacional de Higiene.
Instituto Experimental de Higiene.
Dirección de Salubridad.

Facultad de Matemáticas.
Comisión Nacional de Caridad y Beneficencia Pública.
Sociedad de Medicina.
Centro Farmacéutico Uruguayo.
Sociedad Odontológica.
Dirección General de Instrucción Primaria.
Departamento Nacional de Ingenieros.
Consejo Penitenciario.
Liga contra la Tuberculosis.
Dirección General del Registro de Estado Civil.
Dirección General de Estadística.
Inspección de Sanidad Marítima.
Sanidad Militar.
Oficina Antropométrica.
Sección Arquitectura del Departamento Nacional de Ingenieros.
Museo Nacional.
Ateneo de Montevideo.
Laboratorio de las Clínicas.
Instituto para la Predicción del Tiempo.
Instituto Físico-Climatológico.
Asociación de Ingenieros y Arquitectos del Uruguay.

EXTRANJERAS

Instituto de Ingenieros de Chile.
Academia Nacional de Medicina de Río Janeiro.
Sociedad Científica Argentina.
Laboratorio Militar de Bacteriología (Río Janeiro).
Consejo Superior de Higiene Pública (Chile).
Instituto de Higiene (Chile).
La Tribuna Médica (Chile).
Academia de Ciencias (Habana).

Programa general

Domingo 17 de marzo

A las 9 a. m.—Sesión preparatoria en el salón de actos públicos del Palacio del Ateneo. Nombramiento de presidentes y vicepresidentes de honor.

A las 2 p. m.—Sesión solemne de apertura en el Teatro «Urquiza» con asistencia de los Poderes públicos. Regirá el siguiente

PROGRAMA:

1.º Himno Nacional, por la orquesta dirigida por el profesor Scarabelli.
2.º Discurso del Excmo. señor Ministro de Relaciones Exteriores.
3.º Brahms.—Danzas húngaras.
4.º Discurso del señor Presidente del Congreso, doctor don José Scoseria.
5.º Massenet: «Sevillanas».
6.º Informe de la Secretaría General del Congreso, por el doctor Jaime H. Oliver.
7.º Bizet: Adagietto—Massenet: Minuetto.
8.º Discursos de los señores Delegados oficiales de los países representados en el Congreso: Argentina, Bolivia, Brasil, Chile.
9.º Soller.—Serenata (Pizzicatto).
10. Discursos de los señores Delegados de Costa Rica, Guatemala, Méjico, Paraguay y Perú.
11. Wagner.—Marcha de Tannhäuser.

Lunes 18

A las 9 a. m.—Visita al Hospital de Caridad y Asilo Maternal número 3. Punto de reunión: Hospital de Caridad (calle 25 de Mayo esquina Maciel).

A las 3 p. m.—Instalación de las diferentes secciones del Congreso en el Palacio del Ateneo.

A las 8 p. m.—Banquete ofrecido por el Comité Ejecutivo á los Delegados oficiales y comités extranjeros. (Invitación especial).

Martes 19

A las 8 a. m.—Visita á las obras de la Facultad de Medicina é Instituto de Química y al Manicomio Nacional. Punto de reunión: Palacio del Ateneo.

A las 3 p. m.—Sesiones.

A las 8 p. m.—Visita oficial á la Exposición de Higiene. Punto de reunión: Palacio del Ateneo.

Miércoles 20

A las 9 a. m.—Visita á las obras del puerto y obradores de la Teja. Punto de reunión: Muelle Maciel.

A las 3 p. m.—Sesiones.

A las 5 p. m.—Visita á las obras de saneamiento. Punto de reunión: Palacio del Ateneo.

Jueves 21

A las 8 a. m.—Visita á los servicios municipales: Inspección Veterinaria, Oficina de Análisis, Inspección de Limpieza, Servicio Bacteriológico, Casa de Desinfección. Punto de reunión: calle Estanzuela esquina Cuareim.

A las 12 m.—Almuerzo ofrecido por la Municipalidad á los Delegados oficiales y adherentes extranjeros. (Invitación especial).

A las 3 p. m.—Sesiones.

A las 8 p. m.—Excursión al Balneario de los Pocitos. Punto de reunión: Palacio del Ateneo.

Viernes 22

A las 8.30 a. m.—Visita al Asilo de Huérfanos, Hospital Pereyra-Rossell y Hospital Italiano. Punto de reunión: Comisión Nacional de Caridad, calle Rincón número 23.

A las 3 p. m.—Sesiones.

A las 8 p. m.– Banquete ofrecido por el Gobierno de la República á los señores Delegados oficiales, Comités extranjeros, Comité Ejecutivo y Delegados del Comité de la Exposición. (Invitación especial).

Sábado 23

A las 8.30 a. m.—Visita á la Casa de Aislamiento y Asilo de Mendigos. Punto de reunión: Comisión Nacional de Caridad, calle Rincón número 23.

A las 3 p. m.—Sesiones.

A las 8 p. m.—(En el salón de actos públicos del Ateneo): Conferencia del señor A. Ballvé sobre «La Penitenciaría Nacional de Buenos Aires» (con proyecciones luminosas).

Domingo 24

A las 10 a. m.—Sesión general. Lectura y aprobación de las resoluciones y mociones. Fijación de la fecha del próximo Congreso y designación de la capital de la República latina en que debe reunirse. Nombramiento de la Comisión organizadora provisoria.

A las 3 p. m.—Sesión de clausura en el salón de actos públicos del Palacio del Ateneo. Discurso del Presidente del Congreso, doctor don José Scoseria. Informe de la Secretaría General, por el doctor don Augusto Turenne. Discurso del Excmo. señor Ministro de Instrucción Pública.

A las 8 p. m.—Banquete de clausura dedicado á los adherentes extranjeros. (Los congresales nacionales que deseen asistir deberán inscribirse en Secretaría. Cuota $ 10).

Sesiones

1.a

Sesión preparatoria

(Domingo 17 de marzo á las 9 a. m.)

Reunidos los señores Congresales en el salón de actos públicos del Ateneo, el señor Presidente del Comité Ejecutivo, doctor don José Scoseria, declaró abierta la sesión, y pronunció un sentido discurso, en el cual dió una cordial bienvenida á los adherentes nacionales y extranjeros.

Procedióse en seguida á la lectura de los nombres de los señores Delegados oficiales de las Repúblicas Argentina, de Bolivia, del Brasil, de Chile, de Costa Rica, de Guatemala, de Méjico, del Paraguay y del Perú.

El Delegado argentino, doctor Emilio R. Coni, propone que continúe en sus funciones el Comité Ejecutivo que ha tenido hasta ahora á su cargo la organización del Congreso, y hace moción para que esta práctica se adopte en los Congresos venideros.

La asamblea acepta la moción del doctor Coni.

El doctor Scoseria pronuncia, en nombre del Comité Ejecutivo, unas palabras de agradecimiento por la distinción con que ha sido honrado.

El Comité propone como Presidentes honorarios del Congreso á los jefes de las Delegaciones.

El doctor Wernicke, Delegado argentino, hace moción para que la votación se haga por aclamación, lo cual así se realiza.

Quedaron, pues, proclamados como Presidentes honorarios del Ter-

cer Congreso Médico Latino-Americano, los señores: doctor Eliseo Cantón, Delegado de la República Argentina; doctor Andrés S. Muñoz, Delegado de Bolivia; doctor Manuel José de Araújo, Delegado del Brasil; doctor Máximo Cienfuegos, Delegado de Chile; doctor Elías Rojas, Delegado de Costa Rica; doctor Eduardo Poirier, Delegado de Guatemala: doctor Gregorio Mendizábal, Delegado de Méjico; doctor José P. Montero, Delegado del Paraguay; y doctor Francisco Almenara Butler, Delegado del Perú.

Se invita á los señores Congresales para concurrir á la sesión solemne de apertura, que se realizará en el Teatro «Urquiza» á las 2 p. m.

Después de terminada la sesión, el Presidente del Congreso, doctor José Scoseria, dirigió á los Presidentes de las Repúblicas adheridas, el siguiente telegrama:

«En el acto de la apertura del Tercer Congreso Médico Latino-Americano, envío un atento saludo á V. E., agradeciéndole el concurso de su país.»

Este telegrama mereció las contestaciones siguientes:

Del señor Presidente de la República Argentina

Correspondo al atento saludo del señor Presidente con votos muy sinceros por el éxito del Tercer Congreso Médico Latino-Americano que tan dignamente preside.

J. FIGUEROA ALCORTA.

Del señor Presidente de la República de Bolivia

Retorno atento saludo y hago votos por que labores Congreso Médico sean proficuas.

ISMAEL MONTES.

Del señor Presidente de los Estados Unidos del Brasil

Aplaudo vivamente inauguração do Congresso Medico Latino-Americano que vai estudar e encaminhar solução de questões de interesse commun, estreitando laços de confraternidade entre povos americanos, como convem á seus gloriossos destinos.

AFFONSO PENNA.

Del señor Presidente de la República de Chile

Agradezco su atento saludo, y al retribuírselo ruego á usted acepte los votos que formulo por el éxito del Tercer Congreso Médico Latino-Americano.

PEDRO MONTT.

Del señor Presidente de la República de Costa Rica

Correspondo saludo y hago votos por el éxito del Congreso.

GONZALEZ VIQUÉZ.

Del señor Presidente de la República de Guatemala

Agradecido correspondo saludo felicitándolo.

ESTRADA CABRERA.

Del señor Presidente de la República de Panamá

Presidente Panamá retorna afectuoso saludo.

AMADOR GUERRERO.

Del señor Presidente de la República del Paraguay

Agradezco y retribuyo su amable saludo haciendo votos por el éxito de los trabajos del Congreso, y lo felicito por el honor de la presidencia.

B. FERREYRA.

Del señor Presidente de la República del Perú

Correspondo saludo, haciendo votos por el mejor éxito labores Congreso.

PARDO.

2.a

Sesión inaugural

El *Domingo 17 de marzo*, á las 2 de la tarde, se verificó la solemne inauguración del Tercer Congreso Médico Latino-Americano en

el Teatro «Urquiza», con la asistencia del Excmo. señor Presidente de la República doctor Claudio Williman desde un palco *avant scène*, acompañado de los Ministros de Estado, y con la presencia de los señores Ministros diplomáticos acreditados ante el Gobierno de esta República, miembros del Cuerpo Legislativo y de los Tribunales de Justicia, y otros representantes de los Poderes públicos, además de un numeroso público de adherentes y de distinguidas familias de la sociedad montevideana.

El proscenio fué ocupado por los señores Delegados extranjeros y los miembros del Comité Ejecutivo, bajo la presidencia del Excmo. señor Ministro interino de Relaciones Exteriores, don Alberto A. Flangini.

Después de ejecutarse el himno nacional por la orquesta, el señor Ministro declaró abierto el acto con el discurso que á continuación se inserta. El resto del acto se desarrolló de acuerdo con el programa de la página 40.

Discurso de apertura, por el Excmo. señor Ministro interino de Relaciones Exteriores, don Alberto A. Flangini

Señores Congresales:

En nombre del Gobierno de la República doy la más afectuosa bienvenida á los Delegados de los Gobiernos amigos en este Tercer Congreso Latino-Americano y saludo á todos los adherentes.

Os ruego, ante todo, señores Delegados oficiales, seáis intérpretes para con vuestros Gobiernos, del profundo reconocimiento del de esta República, por la deferencia y gentileza con que ha sido atendida nuestra invitación.

Vais á dedicar, señores Congresales, vuestros vastos conocimientos científicos, vuestros talentos y actividades de obreros del bien universal, á la dilucidación de problemas arduos que tanto preocupan é interesan á las sociedades modernas, y que, sabiamente resueltos, han de propender poderosamente al desarrollo y mejoramiento de la familia humana.

Nuestro continente ha revelado con elocuencia incontrastable, por medio de los diversos Congresos y Conferencias que, sobre temas distintos, han convocado varias de las naciones que lo forman,—sin que haya sido la última la República del Uruguay,—su anhelo vivo y ar-

diente de poner al servicio de la humanidad, los grandes elementos con que cuenta en el campo de la ciencia, de las industrias y de las artes.

Estas congregaciones de hermanos, auspiciosas y felices, cuyo gran desiderátum es el bien propio y el ajeno, realizadas en un ambiente de fraternidad franca y sincera, que afirma y robustece los sentimientos amistosos de que nos hallamos animados los unos respecto de los otros;—estos acercamientos que se producen con la fuerza irresistible de los grandes postulados internacionales y que tanto y tan eficazmente contribuyen á estrecharnos y conocernos mejor,—son, señores, algo así como la alborada esplendorosa del día, no lejano ya, en que América grande, América noble, América gloriosa, haya alcanzado la realidad de su predominio intelectual, de sus sentimientos y de sus hermosos ideales de paz perpetua y fecunda, cimentada en la única fuerza que reconoce la civilización moderna: el derecho y la razón.

Señores: os pido me acompañéis á enviar el más cordial saludo del Gobierno del Uruguay á los ilustres mandatarios de los países aquí tan dignamente representados, y á expresar un voto de simpatía y solidaridad para los hombres de ciencia que os han precedido en la benemérita obra que vais á emprender.

Señores: en nombre del Presidente de la República Oriental del Uruguay declaro inauguradas las sesiones del Tercer Congreso Médico Latino-Americano.

Discurso del señor Presidente del Comité Ejecutivo del Congreso, doctor José Scoseria

Señor Presidente de la República:

Señor Ministro:

Señores Delegados:

Señoras y señores:

Obligado en razón del cargo que invisto, á usar de la palabra en este acto solemne, sólo acuden á mis labios frases de agradecimiento que ojalá pudieran ser tan elocuentes como son sinceras.

Debo, en nombre del Comité que ha organizado este Congreso, agradecer al Gobierno de la República su eficiente concurso, sin el cual no hubiéramos llegado á la realización de este acto, —á los gobiernos de las naciones latinas de América que han aceptado nuestra invitación, y especialmente á aquellas que dan vida á este Congreso con sus brillantes delegaciones,—á los Comités que en el extranjero secundaron nuestros trabajos y á los profesionales que con su adhesión y sus producciones científicas concurren á realizar los fines de esta institución, llamada á alcanzar altos ideales humanitarios.

Cumplo, señores, este deber estricto con la más íntima satisfacción, haciendo, ante tan distinguida y selecta asamblea, pública expresión de nuestro agradecimiento á los ilustres representantes de los gobiernos de la América latina, á los heraldos de la ciencia médica americana y especialmente al señor Presidente de la República—universitario de abolengo—que—como promesa viva de su alto respeto por la ciencia—inicia su gobierno prestigiando con su autoridad y honrando con su presencia una asamblea científica llamada á tratar los problemas que más interesan á la salud del pueblo.

Y permitidme, señores, que exprese también un voto de gracias al preclaro ciudadano que acaba de bajar del Poder en brazos de su pueblo, pues fué él quien, en medio de una guerra que amenazaba conmover hasta las bases de nuestra nacionalidad, aceptó la designación de Montevideo como sede de este Congreso y le aseguró la protección de los Poderes públicos, vislumbrando en lontananza, á través de las brumas de un presente sin horizontes, claro como una alborada el porvenir radioso de la patria.

El origen de estos torneos es relativamente reciente, pues sólo en el último tercio del pasado siglo se celebran en Europa los primeros congresos internacionales de Medicina que hoy se suceden con gran frecuencia. Ha sido en esas reuniones donde Pasteur, Lister, Koch, Behring, Roux y otros publicaron los grandes descubrimientos que les han señalado un puesto entre los benefactores de la humanidad.

En la América, los congresos médicos internacionales han sido hasta la fecha muy poco numerosos. El Congreso Pan-Americano reunido en Washington en 1893 con sus dos reuniones posteriores en Méjico y Cuba; la sección «Ciencias Médicas» del Congreso Científico Latino-Americano en las tres reuniones de Buenos Aires, Montevideo y Río Janeiro, y este Congreso Médico—que nacido en Chile como iris

de paz en momentos en que se cernían sobre el Ande presagios de ruina y desolación,—se reunía por segunda vez en Buenos Aires en 1904 y desde allí elegía nuestra capital para su tercera sesión.

Desde Méjico al Plata, toda la América latina ha respondido á nuestro llamado, y aunque algunas repúblicas hermanas no hayan podido, por razones de orden interno, enviarnos sus delegados, no por eso tiene menos valor su adhesión importante.

Las naciones latinas de América se han asociado á nuestra obra como ya lo hicieron al Congreso de Chile y al de Buenos Aires, porque pueblos y gobiernos están convencidos de que son estos torneos de la ciencia los que han de producir el acercamiento de pueblos llamados á una acción conjunta por su origen histórico y por razones étnicas, sociológicas y políticas.

Poniendo en contacto los intelectuales llamados á guiar la marcha de esos pueblos, haciendo que por el comercio de ideas, en la serena región del estudio, se establezcan relaciones y vínculos que destruyan preconceptos y mal entendidas rivalidades, es como se ha de llegar á cimentar sobre granítica base, la verdadera solidaridad latino-americana.

En el orden científico no es menos fecunda la acción de estos congresos. En ellos se examinan y discuten las cuestiones que preocupan la atención del mundo científico; los relatores plantean y estudian los problemas oscuros; se anotan los nuevos hechos adquiridos, previo un control recíproco que aquilata su valor; se señalan nuevos temas dignos de estudio, y así se va reuniendo el material que ha de servir para edificar en lo futuro.

En nuestra América la producción científica es todavía precaria; son pocos los grandes institutos técnicos de investigación, y la actividad científica está concentrada en el ejercicio profesional. En tal ambiente es necesario crear estímulos y alicientes al trabajo de investigación y facilitar á los que estudian, los medios de hacer conocer sus esfuerzos y controlar los resultados obtenidos.

Ningún medio más á propósito para tan altos fines, que la celebración de estas reuniones periódicas, donde los profesionales que cultivan una misma ciencia se comunican impresiones sobre los trabajos emprendidos, corrigen y discuten sus errores, cambian ideas sobre las múltiples cuestiones hacia las cuales conviene dirigir la investigación científica y aprenden á conocerse y á estimarse prestándose mutua ayuda.

Si el trabajo y la iniciativa individuales han de ser benéficos, si los primeros pasos en la senda que ha de llevar al conocimiento de la verdad son los más difíciles porque requieren orientación y señalan rumbos, es necesario que esas iniciativas no se esterilicen en el aislamiento, sino que se complementen para concurrir á un fin común, y que las falsas vías emprendidas sean pronto abandonadas porque sólo conducen á la decepción ó al error.

Esa sería la obra de estos congresos; obra patriótica y grande, cuyo coronamiento será la emancipación científica de la América y la unión de sus pueblos por los lazos indestructibles que crea la persecución de comunes ideales de engrandecimiento.

La humanidad avanza, y si en el campo de las ciencias especulativas los progresos son discutibles, han sido tales y tan grandes los realizados en las ciencias positivas durante los últimos cuarenta años, que no hay ejemplo en la historia de la humanidad de una tan rápida y profunda transformación.

En esta influencia social del progreso científico tienen las ciencias biológicas un rol preponderante, pues ninguno de los grandes problemas sociales puede reputarse ajeno á sus dominios y á sus métodos de estudio.

Esta influencia de las ciencias médicas en la organización social justifica el interés que despiertan sus progresos en todas las clases sociales, y explica porqué pueblos y gobiernos concurren á la realización de toda iniciativa que con esos progresos se relacione.

He aquí explicado breve y sumariamente, como lo exige la naturaleza de este acto, la significación y alcance del Congreso que inauguramos en esta sencilla ceremonia, que la presencia de tan distinguida y selecta concurrencia convierte en una hermosa fiesta: la fiesta del progreso y de la confraternidad latino-americana.

Señores Delegados y Congresales extranjeros:

Esta fiesta os dice elocuentemente con cuánta simpatía os recibe nuestra sociedad. Montevideo os recibe con los brazos abiertos como está simbolizada en nuestra placa conmemorativa; llegáis en momentos que son para nosotros de gratas expansiones patrióticas, y nunca seríais mejor recibidos. Haremos lo posible para que os sea grata vuestra breve estadía entre nosotros.

Pero debemos decíroslo con sinceridad: no hallaréis aquí un ambiene científico comparable al de las capitales europeas ni aún al de otras

grandes ciudades americanas. Somos un pueblo nuevo, cuyas energías se han empleado con desgraciada liberalidad en frecuentes turbulencias; no os sorprenderá, pues, hallar muchos de nuestros servicios en embrión todavía. Pero os haremos ver cómo organizado debidamente el país en la plenitud de su régimen institucional, surgirán pronto los grandes establecimientos de Asistencia y los Institutos científicos que nos faltan y os haremos ver algunos ya casi terminados.

Mostraremos á nuestros hermanos de la América latina, que esas energías otrora malgastadas, sostendrán en adelante, bien dirigidas, nuestro desarrollo fisiológico y el armónico funcionamiento de nuestro organismo social, hasta alcanzar gradualmente la meta á que aspiramos: merecer por nuestro progreso y por nuestra cultura la consideración de los pueblos hermanos de América y el respeto de los demás.

Cumpliremos así nuestro ciclo evolutivo: el siglo pasado vió en sus comienzos nacer á la vida política á estos países latinos de América, mal preparados aún para la vida democrática; el vigésimo siglo los contempla en la plenitud de su organización, siendo ya importantes factores del progreso humano.

Ha bastado algo menos de un siglo—que es un instante en la vida de las naciones—para que se sedimentara el aluvión de nuestras turbulencias políticas, fertilizando este suelo de América en que hallan fácil arraigo y exuberante floración todos los grandes ideales de la humanidad.

Informe de la Secretaría General del Congreso, por el doctor Jaime H. Oliver

Excelentísimo señor Ministro:

Señor Presidente:

Señores Congresales:

Cumpliendo disposiciones reglamentarias, la Secretaría del Congreso pasa á daros cuenta de los trabajos verificados por el Comité Ejecutivo, en la organización de este certamen médico.

El Congreso Médico Latino-Americano, debido á una feliz iniciativa de los hombres de ciencia de la República de Chile, celebró en Santiago su primera sesión en enero de 1901, con un buen caudal de

trabajos de gran valor científico, tomando resoluciones que constituyen, por decirlo así, la carta orgánica de esta institución. Se la declaró de carácter permanente, debiendo celebrar sus sesiones con periodicidad en la capital del Estado latino-americano que al efecto fuera designado, y como complemento se instituyó una Exposición Internacional de Higiene, á celebrarse en la misma época de las sesiones del Congreso.

La segunda sesión tuvo su asiento en la opulenta Buenos Aires en abril de 1904, y todavía persiste viva la grandiosa impresión de aquella hermosa fiesta, en donde descollaron á la par del talento de sus hombres de ciencia, la gentileza de las autoridades, y las galas de la hermosa capital del Sud. ¡Fué aquella una reunión brillante!, y cuando en su última sesión fué designado nuestro pequeño país para celebrar la tercera reunión, nos hicieron en verdad un excesivo honor, confiando á nuestras débiles fuerzas científicas tan preciada carga; tanto más pesada cuanto que, el inusitado brillo de aquella reunión, nos hacía ya suponer la dificultad de igualarla, ya que reconocíamos la imposibilidad de sobrepasarla.

La organización de un Congreso, si bien es una tarea agradable, no es cosa fácil. Aún para los países seculares de la Europa, donde estas fiestas del saber han tomado ya el carácter de funciones regulares de su vida de relación, la preparación de un Congreso exige el concurso y el prolongado esfuerzo de todos los hombres de valer, en el campo científico asignado al certamen. Más difícil resultaba aún para nosotros, que debíamos hacer por primera vez el ensayo de una organización semejante, desprovistos, como estábamos, de la experiencia que dan los actos repetidos.

Dándose cuenta de la alta responsabilidad contraída para con los demás países de la América latina, la Comisión provisoria nombrada en Buenos Aires,—una vez que fué comunicada oficialmente á nuestro Gobierno la designación de este país,—resolvió allegarse el mayor número de buenas voluntades, para realizar convenientemente su tarea. A ese efecto, uno de sus primeros actos fué la provocación de una reunión á la cual fueron invitados todos los miembros del Cuerpo Médico de Montevideo—los profesores de la Facultad de Medicina, y todas las corporaciones cuyas funciones tenían relación con los fines del Congreso. La numerosa concurrencia que asistió á esa reunión preparatoria, acogió con el mayor entusiasmo la idea del Congreso; y para dar cima á su organización nombró la *Comisión de Propaganda* que ya conocéis, y el *Comité Ejecutivo*, que se honra en

encabezar esta fiesta, por corresponderle la presidencia efectiva del Congreso, según resolución incorporada á la carta orgánica, en el Congreso de Buenos Aires.

En el año y medio que han durado sus tareas, el Comité Ejecutivo ha puesto todo su entusiasmo y todo el esfuerzo de una voluntad decidida, para preparar un certamen digno de las repúblicas hermanas y de los eminentes hombres de ciencia que habrían de honrarnos con su presencia.

No voy á cansaros con los detalles de nuestros trabajos de preparación, que por otra parte conocéis por los boletines oficiales que se han publicado.

En nuestro país, el Comité contó en todo momento con el decidido apoyo de las autoridades y de muchos de los compañeros de profesión. Este Congreso que debió verificarse en un principio en el próximo pasado mes de enero, y que, con objeto de completar su preparación se trasladó á la actual fecha, fué colocado bajo el patronato del Gobierno de la República, el cual prestó al Comité Ejecutivo la más decidida y entusiasta protección. Por intermedio del Ministerio de Relaciones Exteriores, el Comité contó con la inteligente cooperación de los señores Ministros Plenipotenciarios y Agentes consulares de la República, quienes desde los países de su radicación, nos han ayudado eficazmente en la constitución de los Comités Nacionales Extranjeros y en los trabajos de propaganda en favor del Congreso y de la Exposición de Higiene.

En el exterior el Comité ha contado con la valiosísima cooperación de los más eminentes médicos de los países de la América latina, cuyos Gobiernos prestaron á este Congreso el prestigio de su adhesión. Constituídos los Comités Nacionales Extranjeros en la forma que conocéis, el Comité Ejecutivo creyó de su deber darles las más amplias facultades para integrarse, así como para tomar todas aquellas resoluciones que estimaran conveniente en el desempeño de su cometido. Esta acertada medida, ha dado como resultado que cada país tenga como autoridad organizadora local, un grupo de los más distinguidos médicos nacionales, y á cuyos desinteresados esfuerzos se debe la brillante representación que los países de la América latina tienen en esta reunión, en la persona de sus dignos Delegados, y en las numerosas é interesantes comunicaciones que llenan la orden del día de las diferentes secciones.

Aún á riesgo de herir la modestia de los distinguidos miembros de los Comités Extranjeros, deseo hacer aquí público agradecimiento, en nombre del Comité Ejecutivo, de sus relevantes trabajos; y declarar que á ellos corresponde principalmente el éxito de esta tercera reunión del Congreso Médico Latino-Americano, que inaugura hoy sus sesiones, con cerca de 500 adherentes y un total de 180 comunicaciones.

De los países adheridos, el Brasil tiene en este Congreso una muy digna representación, por la significación de sus Delegados y el número de sus adherentes y comunicaciones. Los títulos de esos trabajos y los nombres de sus autores, son la mejor prueba de que el Brasil confirmará en este Congreso, el juicio ya consagrado desde hace mucho tiempo, por el esfuerzo de sus hombres de ciencia, reflejado en su numerosa prensa médica, con justa razón apreciada en los centros científicos. ¡Es que la Naturaleza ha sido pródiga con nuestra hermana brasileña: es hermoso y extenso su territorio, son majestuosos sus ríos, son grandiosos sus bosques, y es también grande el ingenio, la laboriosidad y el saber de sus hijos!

Nuestra vecina de Occidente, la Argentina, aporta también un importante contingente, con un gran número de adherentes y trabajos científicos. Su Delegación oficial es la representación fiel del valer de los médicos de aquel país, que marca un paso bien adelante en los progresos de la ciencia médica en esta parte del continente americano, como lo demuestra la abundancia de buen material que llena las páginas de sus múltiples revistas médicas, que han tenido el privilegiado mérito de hacerse abrir las columnas de la prensa europea, que con frecuencia engalana sus números con reproducciones de trabajos de los médicos argentinos, consagrando así sus reales y positivos méritos.

Chile, la fuerte y sabia república del Pacífico, á quien la Naturaleza ha querido dar la cruel oportunidad de asombrar al mundo con el sereno temple y esforzado valor de sus hijos en las horas de peligro, haciéndola víctima de una espantosa catástrofe seísmica,—apenas restañada la sangre de sus heridas, se ha lanzado á la reconstrucción de sus hermosas ciudades; y demostrando una superabundancia de vida y de saber en todos los órdenes de actividades, ha tenido también tiempo para ocuparse de los altos problemas de la ciencia médica, honrándonos con una distinguida Delegación, además de un buen número de adherentes que representan lo más distinguido de sus profesores de la Facultad de Medicina, y de su Cuerpo Médico, que

ya se ha hecho conocer ventajosamente, por la producción de trabajos de alto valor científico y práctico, que dan una justa idea de los esfuerzos que se dedican al progreso de la Medicina, en sus centros de enseñanza.

El Perú y Paraguay toman también una especial participación en el Congreso y en la Exposición de Higiene, haciéndonos conocer un rico material científico, que demuestra el interés que se da en esos países á las cuestiones de Higiene.

De más lejanas regiones han concurrido otras hermanas, para asociarse también á esta fiesta del saber; Bolivia, Méjico, Costa Rica y Guatemala, no han trepidado en imponer á sus sabios representantes las molestias de un largo y penoso viaje, para darnos la oportunidad de conocer y apreciar debidamente sus adelantos en las diversas ramas de las ciencias médicas.

Permitid, señores, que interrumpa mi insulso relato, para consagrar en nombre del Comité, un sentido recuerdo á tres de nuestros colaboradores, que en vida se llamaron: ingeniero Juan A. Capurro, el cual desde el elevado puesto de Ministro de Fomento, estimuló y facilitó las iniciativas de este Comité; el doctor Rodolfo Galvão, miembro del Comité Nacional del Brasil, cuya pérdida ha dejado un sensible vacío entre los cultores de la ciencia médica en aquel país; y el doctor A. González Hackenbruck, nuestro activo é inteligente delegado en el departamento de Treinta y Tres.

Como anexo á este Congreso, debía el Comité organizar una Exposición internacional de Higiene, y á ese objetivo se dedicó desde la iniciación de sus tareas. Se constituyó con ese fin el Comité de la Exposición, el cual delegó su representación en los doctores Ernesto Fernández Espiro y Gabriel Honoré, personas que, por su larga y brillante actuación en nuestro Consejo Nacional de Higiene, y en la Dirección de Salubridad, estaban sindicadas como las más competentes para llevar á cabo la organización de la Exposición. Y en verdad que el Comité Ejecutivo ha debido felicitarse de esa acertada elección, pues á ellos corresponde el mérito de la realización de esa idea, presentada en la forma interesante que tendréis oportunidad de apreciar.

No existiendo en nuestra capital un edificio adecuado para la instalación de la Exposición, el Comité tuvo que construir uno especial situado en el *Parque Urbano*, uno de los más lucidos paseos de

Montevideo, tanto por su ornamentación, como por su situación vecina á una de las más acreditadas playas balnearias de nuestras costas.

Construído ese elegante edificio de acuerdo con los planos del arquitecto señor Tosi, ha tenido que ser modesto en sus dimensiones, pues el Comité tenía que ceñirse á recursos limitados, viéndose sin embargo obligado á ampliarlo con pabellones anexos, entre los cuales ocupan un lugar importante los construídos por la Municipalidad y destinados á los servicios de Salubridad.

Los países de la América latina, adheridos al Congreso, fueron los primeros en ofrecer su cooperación; y sus instalaciones ocupan el primer puesto en nuestra Exposición, por el mérito del material expuesto.

La República Argentina—cuyas numerosas instalaciones oficiales y particulares debemos á los activos trabajos del inteligente Delegado del Comité de la Exposición en la ciudad de Buenos Aires, doctor Emilio Coni—está representada por la Liga Argentina contra la Tuberculosis, la Penitenciaría Nacional, la Dirección General de Estadística, la Sociedad de beneficencia argentina, Dirección del boletín demográfico, etc. El Brasil está representado por el Instituto bacteriológico de San Paulo y la Asociación Paulista de los sanatorios para tuberculosos; el Paraguay por el Departamento Nacional de Higiene y la Sociedad de ciencias médicas; Cuba por numerosas publicaciones de sus academias y sociedades médicas, siendo de lamentar que la situación política actual de ese país nos prive de admirar su completo material sanitario, que nos fué ofrecido. El Perú ha cumplido con creces su ofrecimiento, y su instalación es una de las más interesantes por el valor científico que representan sus cuadros murales, los planos y *maquettes* de sus hospitales y las numerosas obras médicas que en ella se admiran.

Nuestras instituciones han concurrido todas á la cita. Allí están: el Consejo Nacional de Higiene, el Instituto de Higiene Experimental, la Dirección de Salubridad, el Instituto para la Predicción del Tiempo, el Instituto Físico-Climatológico, el Museo Pedagógico, la Comisión Nacional de Caridad, el Departamento Nacional de Ingenieros, la Dirección del Registro de Estado Civil, la Inspección Sanitaria del Puerto, la Oficina Técnica del Puerto, la Liga Uruguaya contra la Tuberculosis, la Universidad, la Sociedad de Medicina, la Dirección de Estadística, la Dirección de Instrucción Pública y el Jardín Botánico.

Las instalaciones de reparticiones públicas nacionales, historían los esfuerzos constantes de este país en beneficio de su higienización,

á cuya obra han allegado sus energías los más ilustrados miembros de nuestro Cuerpo Médico. No nos corresponde juzgar nuestra representación en la Exposición de Higiene; nos atenemos á vuestro criterio más justo, porque no estará influenciado por el cariño que naturalmente todos profesamos por las cosas de nuestra patria. Vuestra opinión la deseamos; más aún, la necesitamos, no tanto por lo que ella represente de justa, sino, sobre todo, por el caudal de enseñanzas que nos aportará vuestra vasta ilustración y vuestra larga experiencia en las cuestiones de Higiene pública.

En virtud de haber ya llegado á nuestro poder muchas de las instalaciones oficiales extranjeras y otras privadas, el Comité se vió en la necesidad de no esperar esta inauguración del Congreso, para hacer la apertura de la Exposición. En efecto, ésta abrió sus puertas el 13 de enero pasado, con una fiesta presidida por nuestras autoridades, representadas por los señores Ministros de Relaciones Exteriores y de Fomento, y el señor Director de Salubridad. Desde el día de su inauguración, la Exposición ha sido visitada por numeroso público, que ha hecho justicia á sus instalaciones, especialmente á las de los países de la América latina.

Antes de terminar, permitidme, señores Congresales, que solicite vuestra indulgencia, á fin de que disculpéis las deficiencias que nos hayan podido pasar inadvertidas, en la organización de este Congreso.

El Comité Ejecutivo ha puesto todo su empeño en confeccionar un programa que os haga agradable vuestra corta permanencia entre nosotros, con la idea de compensaros en algo, del sacrificio que habéis hecho de los encantos de vuestras capitales, y de los halagos de la familia, para venir á compartir la vida de nuestra modesta ciudad; aportándonos el contingente de la ciencia de vuestros países y el interés de vuestra presencia.

Por todo ello, el Comité se considera muy honrado, y os lo agradece de todo corazón.

Discurso del Delegado argentino, doctor Ricardo Colón

Agradeció en nombre de su Gobierno las atenciones y conceptos amistosos de las autoridades nacionales, y en nombre de los argentinos

presentes, la simpática y siempre amable acogida de la sociedad uruguaya. Dijo que para los argentinos, venir al Uruguay era como salir de una habitación de la casa de familia y pasar á otra; que los dos pueblos hermanos estaban acostumbrados á saludarse todos los días, más que por el correo fluvial ó por las vibraciones del cable gráfico ó parlante, por la telepatía afectuosa que lleva y trae las mutuas emociones. Y trazó á grandes rasgos los factores geográficos, históricos y sociológicos que han creado y mantienen solidaridad especial entre las dos familias interplatenses. Pero que la Delegación argentina sentía también el deseo de saludar con igual cordialidad á las demás repúblicas latino americanas que, por medio de sus distinguidos representantes, fraternizaban en aquel acto—pues, aunque los factores de relación pueden variar, hay un anhelo de unión y de confianza que está por encima de todo y busca todo género de manifestaciones. Y concluyó diciendo que hacía votos por que el Congreso á celebrarse, además de los resultados de orden puramente científico, fuera un medio que contribuya á estrechar corazones é ideales en el suelo americano—para que al fin los meridianos de longitud y de latitud que abrazan el Continente, sean la pauta en que se inscriba por todos y para todos, un solo himno á la paz, á la fraternidad y al progreso.

Discurso del Delegado de Bolivia, doctor Andrés S. Muñoz

Excmo. señor Ministro de Relaciones Exteriores:

H. señor Presidente del Tercer Congreso Médico Latino-Americano:

Señoras:

Señores:

El Gobierno de Bolivia, interpretando con fidelidad los sentimientos y anhelos del pueblo boliviano, ha procurado siempre, en la medida de sus posibilidades, hacerse representar ante asambleas tan esclarecidas como la que hoy inaugura sus labores, porque entiende que no debe quedar extraño á todo lo que significa progreso, y porque su política, ya tradicional, se desenvuelve en un ambiente de

sincera cordialidad con todas las naciones, particularmente con los países latino-americanos, entre los que desea que estos lazos de unión y armonía sean más estrechos y fraternales para su común prosperidad.

Siguiendo el luminoso camino recorrido por los dos Congresos anteriores, estoy íntimamente persuadido de que el actual, cuya organización ha sido hábil y correctamente dirigida por su Comité Ejecutivo, sabrá corresponder, de igual manera, á los fines científicos y objetivos prácticos que les dieron origen, no sólo contribuyendo al adelanto de las ciencias médicas en general y á la adopción de medidas uniformes para la defensa sanitaria internacional, sino también propendiendo al conocimiento de lo que podríamos llamar la medicina nacional de nuestros respectivos países, al estudio de todas las cuestiones médicas cuya resolución nos interesa de un modo más directo, y al incremento de los vínculos de solidaridad que deben unirnos para que seamos fuertes y capaces de cumplir nuestro destino.

Por parte de Bolivia, puedo asegurar que allí está ya preparado el terreno para secundar, en obra de tanta trascendencia, á las naciones hermanas, que digna y acertadamente se hallan representadas por culminantes personalidades en este Congreso. Los Poderes públicos y el Cuerpo Médico de mi país se preocupan en la solución de esos importantes problemas, que afectan á la vida económica y social de los pueblos.

Con fe profunda, hago votos, en beneficio de los países latino-americanos, para que, como fruto de las deliberaciones de este Congreso, podamos conocernos y apreciarnos mejor de lo que sucede en la actualidad; y fijar las bases científicas sobre las que nuestros Gobiernos podrían, si lo tienen á bien, adoptar un plan uniforme tanto en lo que respecta á la organización de los servicios de sanidad pública, cuanto á la defensa internacional contra la importación de enfermedades infecciosas.

Aprovecho la oportunidad propicia que ahora se me presenta, para tributar mis sentimientos de gratitud y elevada consideración al Excmo. Gobierno de esta culta y noble República hermana, y al Comité Ejecutivo del Congreso, por las significativas atenciones con que se dignan honrarnos, comprometiendo así, una vez más, el afecto cordial y la especial deferencia del Pueblo y Gobierno bolivianos

---

Discurso del Delegado del Brasil, doctor Fernando Augusto Ribeiro de Magalhaes

Señores Congresales:

La extensa y hermosísima tierra, que conjuntamente representáis, hijos de la grande patria latino-americana, debe en esta hora á todos, más que un simple y cordial saludo en nombre de un pueblo: merecéis los aplausos y las bendiciones de la humanidad entera por vuestra obra de beneficencia.

¡Los merecéis por ese ejemplo soberbio de fraternidad humana! El espíritu de amor, de caridad y de misericordia os ha traído hasta aquí en una reunión internacional, al calor cariñoso de una nación fuerte y valerosa, no para discutir vuestros provechos, vuestras conquistas y vuestros derechos, pero sí para pleitear en el terreno del sacrificio, y con las armas que la ciencia va tornando en vuestras manos más poderosas y más invictas,—el alivio y el consuelo que os suplica, con los ojos puestos en vuestra dedicación y con las almas vueltas hacia la esperanza, la turba ululante de los hombres que desparramados sobre la faz de la tierra testimonian desde el principio del mundo la eternidad del dolor!

Los merecéis por esa abnegación, porque aunque seguros de la insignificancia de vuestros esfuerzos por la brevedad de la vida y por la extensión infinita del sufrimiento humano, aún así, pasáis la vida entera procurando realizar la utopía fantástica de vencer á la Muerte, que viene siempre á sorprender en esta lucha ingente y memorable, cuando, por una ironía de la suerte y por un capricho del acaso, la vida se os va en el momento en que el relámpago de la inteligencia parece iluminar el camino de la verdad!

Los merecéis por este sacrificio que os obliga á abandonar el *confort* de la existencia y las seducciones del mundo, y que os arroja á la desesperación y á la duda cuando tentáis, en un esfuerzo sobrehumano, cristalizar las lágrimas de los que sufren, en las escintilaciones de vuestra gloria.

Los merecéis por esa tenacidad que os fortalece, que os revigoriza, que os agiganta siempre que seguís la interminable conquista de vuestros ideales, con el corazón henchido de «saudades» y con el alma torturada por el dolor, el camino trazado por el combatiente moribundo que cuando muere deja en la última mirada los últimos reflejos de la esperanza.

Los merecéis por esta grandeza de alma, y por eso cuando se celebre la victoria de la Medicina, se han de levantar los vítores de vuestra fe; cuando se canten las epopeyas de los esfuerzos de la ciencia médica, se han de eternizar las epoyeyas de vuestro coraje, y en una continua consagración de vuestra vida, una recompensa que conservaréis,—y este es mi voto más sincero y más íntimo—será la recordación profunda, acariciante y afectuosa de este torneo feliz y venturoso en que cada uno procura conquistar un poco de vida en beneficio de nuestro semejante, y en que éste, como retribución generosa, ha de escribir en la conciencia de los pueblos vuestro nombre glorioso con aquel surco de luz que Renán trazó en el libro del infinito.

Y porque llegó á mi país el eco de vuestro amor al bien, es por lo que yo he venido aquí en nombre del Gobierno de mi país, en nombre de la medicina brasileña, en nombre principalmente del pueblo' á atestiguar al pueblo uruguayo mi entusiasmo imperecedero por el impulso que vais á dar al renombre de América vencedora y gloriosa.

Yo os saludo, hijos de la grande tierra americana, hecha para crecer con las proporciones gigantes de vuestra tierra legendaria. La Naturaleza imprimió en este terruño bendito toda la fuerza viril de vuestra alma elevada.

Como en vosotros, corre de vez en cuando en esa gran tierra, un calofrío de orgullo que estremece en una convulsión patriótica el suelo sacudido por los terremotos; como en vosotros surgen fulguraciones, penachos de fuego vivo que señalan al viajero la tierra de promisión y que iluminan el mundo con el resplandor de sus cráteres; como en vosotros se alzan los picos inaccesibles, donde se puede pulsar el alma popular desafiando impunemente las ambiciones ajenas; en vosotros, como si fuera la intimidad de vuestra alma donde se abrigan vuestros instintos, vuestras pasiones, vuestras libertades viven acariciadas por el viento de las florestas grandiosas á cuya sombra el gran pensador firmó los primeros principios de la democracia americana. Y sobre todo eso, aún, como en vosotros, cual la corporización de vuestras esperanzas, de vuestras tendencias geniales, de vuestras acciones brillantes, por sobre todo eso, en un cielo recamado de estrellas y espolvoreado de soles, brilla imperecedero, eternamente bello, el gran crucero americano, dispensando su luz bienhechora y mostrando al mundo que este pedazo de tierra vive y prospera á la sombra vivificante de la cruz.

Yo os saludo, hijos de la gran patria americana congregados en esta ciudad encantadora y hospitalaria para iniciar una lucha de beneficios, una campaña de misericordia; yo os saludo en espíritu, y como homenaje profundo á vuestra grandeza de alma y á vuestra prosperidad, yo os deseo, yo os suplico una sola voluntad, una sola fe en nombre de la gran patria común, que bebió sangre de tantos mártires, iluminada por ese sol esplendoroso que dió vida á tantos héroes!

Discurso del Delegado de Chile, doctor Máximo Cienfuegos

Excmo. Señor.

Señores:

La intensa corriente de simpatía que domina en el Pueblo y Gobierno de mi país, determinó á nuestro Gobierno á nombrar un representante en este gran torneo de la ciencia, á pesar de encontrarnos aún bajo la dolorosa impresión de los efectos del terremoto de agosto del año último, que tanto conmovió á la América toda, para manifestar su deferencia al Gobierno de este simpático y bello país, llamado por su situación, progreso y desarrollo á ocupar un lugar prominente en los destinos de la América.

La participación de Chile en este Congreso, estoy cierto, estrechará y avivará los sentimientos de unión y de deferencia mutua que deben establecerse entre estos países de origen y tendencias comunes.

La aproximación, el acercamiento y la unión de las intelectualidades médicas de este continente, se producirá por la repetición de estos Congresos.

Estos Congresos, nacidos al calor de un vehemente deseo, han sido juzgados por espíritus idealistas, como inoportunos. Se ha repetido con frecuencia que no hay razones que los justifiquen, por encontrarse la intelectualidad americana de raza latina aún muy poco desarrollada y casi nada cultivada para presentar en estas reuniones hechos y descubrimientos que puedan marcar rumbos al progreso humano; pero, á pesar de todo, la impresión que domina mi ánimo en estos momentos, es que no somos mera paja picada arrojada sobre la corriente para marcar su surco, sino que estamos ya en condiciones de cortar las olas, por nuestros propios esfuerzos, y elevarnos sobre ellas marcando cada uno su curso.

Esta sería la oportunidad de repetir lo que dice la fábula oriental, de una tierra aromática: «Yo era una arcilla vulgar antes que las rosas fueran plantadas en mí».

Yo no sé si será una esperanza que nace y crece al calor del deseo lo que me hace pensar que las apiraciones del progreso intelectual y las benéficas influencias de estos Congresos, de estos movimientos periódicos, han de traer consigo bienestar y prosperidad para estos países de la América, ya estimulando á los hombres de trabajo, recogiendo observaciones ó acumulando datos que han de constituir la base de nuestro esfuerzo y de nuestras aspiraciones para presentar la historia de nuestra vida intelectual.

Discurso del Delegado de Costa Rica, doctor Elías Rojas

Señoras:

Señores:

Gratísima misión es la que vengo á cumplir en la con toda justicia llamada la Atenas sudamericana: vengo á traer, en nombre del Gobierno y del Pueblo de Costa Rica, un saludo de confraternidad al Pueblo uruguayo, que hoy ve congregadas en este torneo de la ciencia y del talento á eminentes intelectualidades de la América latina.

Centenares de leguas separan á mi patria de la vuestra; pero ni las más elevadas cordilleras, coronadas eternamente de nieve, ni los anchurosos ríos en cuyas aguas se refleja el ramaje de bosques seculares, han logrado detener la corriente de intensa simpatía que tiende á estrechar á ambas naciones en fraternal abrazo, sellado por el beso inmaculado de la ciencia.

Si pequeño, por su extensión territorial, es mi país, grandes son, en cambio, sus anhelos de progreso, grandes son sus nobles ambiciones de seguir las huellas que, en su marcha hacia el porvenir, marcan estas repúblicas del Plata, tan exuberantes de vida, tan repletas de savia generosa, y grandes son también sus ensueños de ver coronada la generosa idea de la confraternidad americana.

Y vosotros, uruguayos, pueblo varonil y fuerte que habéis sabido conservar intacto el patrimonio que os legara vuestro glorioso Artigas, sois los llamados á realizar, entre los primeros, las aspiraciones que congregarán en un futuro no lejano á los pueblos de la América

latina, aspiraciones que de manera simbólica están, en vuestro escudo, admirablemente sintetizadas: libertad, justicia, fortaleza y riqueza.

Esta fiesta deslumbradora, en la que dan la nota culminante el talento y la belleza, está destinada, indudablemente, á marcar una etapa gloriosa en los anales del progreso de América, y por ello la República Oriental del Uruguay conquista un nuevo título á la gratitud de los pueblos representados en este torneo de la inteligencia.

Y de este país, tan generoso como trabajador, tan hermoso como hermosos son los refulgentes ojos de sus mujeres, podrá decirse como Olegario Andrade:

En él, el sol de redención se enciende,
El, al encuentro del futuro avanza
Y su mano, del Plata desbordante,
La inmensa copa á las naciones tiende.

Discurso del Delegado de Guatemala, doctor Eduardo Poirier

Excmo. Señor Presidente de la República:

Señor Presidente del Tercer Congreso Médico Latino-Americano:

Señores Ministros:

Señoras y señores:

Cada vez que he tenido la suerte de traer la palabra de mi Gobierno á estas augustas asambleas de la ciencia, si al partir me he sentido pequeño ante la magnitud del mandato, al llegar me he sentido grande ante la magnitud del ambiente!

Porque nunca, señoras y señores, habrá de encontrarse calificativos suficientemente gráficos para describir la trascendental importancia de estos Congresos, en que se lleva á efecto un verdadero balance cualitativo y cuantitativo de los progresos realizados, de los rumbos proseguidos, de los triunfos ganados en la más noble y humanitaria de las ciencias, en el más sagrado y honroso de los ministerios.

Y como,—salvo excepciones tan calificadas cual la del que habla,—todos los que aquí habéis venido sois en vuestros países respectivos, los representantes más autorizados y los propulsores más prestigiosos

de esos rumbos, de esos progresos y de esos triunfos, bien podemos decir que á la sazón hállase aquí reunida la quintaesencia de lo que en nuestra América se ha cosechado hasta el momento actual en los campos de la Medicina, y que de este Congreso brotará, condensado, el verbo consolante y redentor de la humanidad que sufre.

Ese verbo, esa última palabra, como síntesis de la mentalidad científica latino-americana, será una voz de orden y una divisa, concurrentes ambas á la solidaridad y al renovado intercambio de muy selectos productos del espíritu, aplicado al más trascendental y valioso de los humanos conocimientos.

Tendrán así repercusión honda y simpática, del uno al otro confín de la América, y vibrarán en toda ella, cual emanados de un misterioso transmisor común, á la par que los principios difundidos en la cátedra por los más eminentes profesores, los sistemas consagrados por la práctica de los más ilustres policlínicos y los procedimientos ideados por la vigilante inventiva de los más famosos prohombres de la Medicina moderna.

Prestigiado este solemne acto con la presencia del repúblico austero y sabio que la voluntad nacional acaba de consagrar el primero entre sus iguales, con la cooperación de sus esclarecidos colaboradores de gobierno y demás altos dignatarios del poder público y la concurrencia de los honorables representantes de las naciones amigas; todavía más: divinamente exornada esta asamblea con la gentil participación de esa adorable entidad que con su encanto sutil y el ascendiente misterioso de su gracia y su virtud ejerce imperio avasallador en las más resistentes voluntades, seguro estoy de que los resultados de nuestra misión han de corresponder á los auspicios que tan esplendorosamente aureolan el acontecimiento inaugural á que asistimos.

El Gobierno de Guatemala, siguiendo su invariable norma de asociarse activamente á toda labor que encarne los principios de cultura y de progreso que constituyen la esencia de su programa, con tanto mayor motivo si esa labor tiende, como la del presente Congreso Médico Latino-Americano, á dar más vastas proyecciones á las conquistas recientes, me ha confiado el simpático encargo de traeros su palabra de cordial saludo, de caluroso estímulo y de sincera felicitación.

Sábese, en efecto, allá en ese apartado confín de nuestra América, que existe aquí, en situación geográfica envidiable, un pueblo esforzado y cultísimo, en donde las ciencias, las artes y los progresos ma-

teriales tienen su emporio; sábese que sus hijos, por privilegiada convicción étnica y atávica, conservan, adaptada al trabajo y á una incesante evolución civilizadora, la viril prepotencia del indómito charrúa, émulo del tradicional araucano de allende el Ande; sábese que, para un millón de habitantes, cada uno de los cuales constituye, digámoslo así, una rueda ó un émbolo de este colosal mecanismo de industria, de producción y de adelantamiento científico, poseéis mil millones de pesos de riqueza pública, afanosa y noblemente acumulada; sábese que tenéis una gloriosa historia, en la cual culminan titanes del civismo, como Artigas, y se destacan las épicas hazañas de vuestro altivo gaucho heroico; sábese que, no extinguidos aún los ecos de la dolorosa contienda fraternal de Masoller, en que por ambas partes derrocháronse valiosos tesoros de fuerza y de fortuna, ostentaba este país extraordinario, ante la América y el mundo, el significativo y honrosísimo espectáculo de un pueblo en plena, en ubérrima prosperidad, y de un Fisco en pleno, en ubérrimo superávit; y sábese, por último, que tan sorprendente fenómeno se debe, no tan sólo á las condiciones de sobria, diligente y laboriosa que caracterizan á la nación uruguaya, sino también á las raras condiciones éticas, á la integridad y al civismo incomparables que caracterizan á los mandatarios supremos de esta tierra, modelo de democracias.

Y porque Guatemala sabe todo esto, y mucho más que al detallarlo haría interminable mi discurso, por eso me ha enviado, como heraldo de su Gobierno y de su Pueblo, y como representante «ad hoc» de su Cuerpo Médico, á traeros un cordial mensaje. En ese mensaje, —cual diría vuestro más grande orador y poeta, el genial Zorrilla de San Martín,—viene refundida «la quintaesencia de todas las voces intensas» de aquella adelantada república centro-americana, la cual por mi boca os dice, con el grito detonante, vibrador y clamoroso de las grandes efusiones fraternales y patrióticas:

«¡Viva, prospere, y engrandezca por siempre el Uruguay!»

Discurso del Delegado de Méjico, doctor don Gregorio Mendizábal

En una brillante y elocuentísima improvisación, el señor Delegado de Méjico saludó al Congreso en nombre del Gobierno y del Pueblo mejicanos.

Hizo una descripción deslumbradora de los progresos científicos,

morales y materiales de nuestra época, deteniéndose especialmente en los progresos de las ciencias médicas.

Insistió en la importancia de los Congresos americanos, no sólo para la época presente, sino también para los tiempos venideros, dándole este tema ocasión para hacer, con gran profundidad de pensamiento y con una exuberante riqueza de forma, una evocación impresionante del grandioso porvenir de los pueblos de la América latina.

Discurso del Delegado del Paraguay, doctor don José P. Montero

Excmo. señor Ministro:

Señoras y señores:

Señores Delegados:

En el carácter de Delegado oficial del Gobierno del Paraguay, cumplo la grata misión de expresar en el seno de esta brillante asamblea, el voto entusiasta con que acompaña el Gobierno, el Pueblo y las instituciones científicas de mi patria, al Tercer Congreso Médico Latino-Americano, que tan digno escenario tiene hoy en la hermosa capital de la República del Uruguay.

Una vez más, la América toda puede contemplar con orgullo estos certámenes que son la forma más ostensible y brillante de su fuerza civilizadora y de su alta cultura. Naciones relativamente jóvenes, se ufanan en ostentar como nobles exponentes de su intelectualidad, como espléndida eflorescencia de su cultura, ilustres sabios de sienes orneadas con las hebras plateadas que da el tiempo y la devoción constante, metódica y fecunda por la ciencia. ¡Felices esos pueblos que al dejar para siempre enterrados en los surcos profundos del pasado los resabios de la ignorancia y de la anarquía, han tenido tiempo suficiente para abrillantar los laureles de la paz con las conquistas positivas del trabajo y del estudio...

La República del Paraguay, la última elegida del martirio, en la dolorosa evolución por que pasaron los pueblos americanos para conquistar su definitiva organización política, fortalecido su espíritu ayer abatido por crueles infortunios, se incorpora al lado de sus

hermanas mayores de América y, consecuente con los ideales superiores que constituyen la fuerza inmanente en la lucha por la cultura y la felicidad humanas, envía su adhesión y su óbolo, donde quiera que la luz de la ciencia ó los arduos problemas sociales llamen á la unión para el trabajo y vibren sentimientos de paz y de concordia.

Pagamos así nuestro tributo á la gran causa de la solidaridad americana. En efecto, en el orden de las ciencias médicas, acaso más que las sociales ó políticas, los problemas ofrecen un interés común, y cada país, con las modalidades que le son propias, dependientes del clima ó de condiciones generales exteriores, puede aportar elementos útiles para la solución final. Amplio es el campo de trabajo. La América, con su naturaleza virgen, guarda en su seno infinitos fenómenos que incitan la sutil y maravillosa penetración del sabio. El camino será largo, quizás interminable, pero, auspicia resultados fecundos y extraordinarios. Y nada tan hermoso; ninguna lucha de glorias más excelsas y positivas que esa dedicación ardiente de la poderosa energía de los pueblos americanos, en la silenciosa, pero brillante batalla contra los males que minan el organismo humano, ó contra las múltiples causas de carácter moral, que al desaparecer para siempre, elevan más y más la dignidad del hombre y consuelan con la visión de los eternos ideales de paz y felicidad universal realizados.

Señores: al dejar expresados, en frases inelocuentes, la fe con que el Paraguay acompaña en sus labores al Tercer Congreso Médico Latino-Americano, séame permitido recordar á la vez, la íntima complacencia con que ve á su noble hermana, la heroica patria de los Treinta y Tres, recoger nuevos laureles en las lides superiores del pensamiento, al alojar en su seno á los ilustres Delegados de casi todos los pueblos de América latina, demostrando con legítimo orgullo, cuán apropiado campo ofrece su cultura y potente intelectualidad á estos congresos, que constituyen, dentro del organismo social, verdaderos torneos de la inteligencia.

Excmo. señor Ministro:

Señores Delegados:

En nombre de la República del Paraguay, auguro los más felices resultados al Tercer Congreso Médico Latino-Americano. Y para la

hermosa patria oriental, votos ardientes, por que prosiga sin interrupción, por la senda de la paz y del progreso.
He dicho.

Discurso del Delegado del Perú, doctor F. Almenara Butler

Excmo. Señor:

Señores Ministros:

Señoras:

Señores:

El Gobierno del Perú, que da mucha importancia al certamen médico internacional que hoy tiene lugar en esta hermosa metrópoli, envía por mi conducto, á la ilustre nación Uruguaya, sus votos más sinceros de viva simpatía, de amistad y confraternidad; y su Delegado, al descubrirse para saludar á esta augusta asamblea, vitorea primero á la América latina, y aclama después, con caluroso entusiasmo, á la gentil y cautivadora capital de la banda oriental del Plata.

Después de las grandes causas en las que nuestros pueblos se han afiliado para defender y establecer los principios de la libertad política, de la democracia y del gobierno representativo; después del vivo propósito que anima á nuestros jóvenes Estados de aumentar sus poblaciones con el cosmopolitismo civilizador; de dar vida á sus vastos campos, de explotar sus maravillosas riquezas y de organizar la actividad y el carácter de sus ciudadanos encaminándolos al industrialismo vivificante, nótase que la idea que descuella en su mente es la de cultivar la ciencia en todos sus ramos, despertar su espíritu al arte y ennoblecer su vida con el sentimiento.

Persiguiendo estos propósitos, la América latina sigue la vida ascendente del progreso, buscando la luz, la verdad, el bien y lo bello, y marchando en este sendero siente la necesidad de estrechar todas sus repúblicas con el afecto y con la unión fecunda que aseguran el intermentalismo científico, la paz y el trabajo.

Con tal fin, nuestros pueblos tienen la oportunidad feliz de dar al mundo civilizado el hermoso espectáculo que hoy le presentan, exhibiéndose unidos para tratar de la ciencia más desinteresada y abne-

gada que existe; de la ciencia que ha llegado á imponerse como la base del moderno funcionamiento social, después de haber escalado serena desde el más grosero fetichismo en la etiología y patogenia de los procesos morbosos, hasta el conocimiento de las verdaderas causas y de la anatomía patológica de las enfermedades; desde los amuletos y exorcismos como medicamentos, hasta la terapéutica dinamógena, seroterápica, radioterápica, electroterápica y quirúrgica de las enfermedades internas: desde el triste espectáculo del dolor físico y la séptico-pioemia de los enfermos, hasta la anestesia y antisepsia; desde la ignorancia más completa de las modificaciones psíquico-patogénicas del hombre, hasta el estudio experimental de las facultades del alma inmaterial; desde el médico mitológico y charlatán, hasta el médico científico, culto é ilustrado.

No ha sido sin esfuerzos y luchas que esa ciencia,—la Medicina,—ha conquistado tan importante puesto. Sus sabios, dotados de una voluntad férrea y de una perseverancia heroica, necesitaron muchas veces ir hasta el sacrificio para vencer en la empresa de descorrer el velo que oculta el realismo de la vida; y todo secreto que arrancaban á la naturaleza, en lugar de permitirles el descanso y la tregua, no servía sino para estimularlos más en su lucha y seguir combatiendo hasta realizar nuevas conquistas, cuyos resultados sirvieran para el alivio y la felicidad de sus semejantes.

Así ha llegado la Medicina, merced á la experimentación fisiológica y patológica, á la clínica y al laboratorio, á constituirse como un monumento científico de dimensiones colosales que se destaca imponente en el horizonte de todas las naciones y que esparce en el mundo, como luz radiante, la salud y la vida, la alegría, la caridad y la esperanza.

No necesitamos enumerar aquí los portentosos descubrimientos que ha adquirido, ni los numerosos triunfos que ha conquistado en la clínica y en la asistencia social. Todos nosotros los conocemos y los sentimos diariamente. Sin ellos no podríamos dar un paso en el ejercicio de nuestro arte, ni arrancar de los brazos de la muerte la multitud de existencias que salvamos en la práctica diaria. Con ellos la sociedad se defiende de los grandes flagelos, protege á la infancia, cuida al ciudadano en los cuarteles, en las fábricas, en el taller, en las canteras, en las minas; higieniza las poblaciones, salubrifica las costas marítimas, y realiza, sin peligro de enfermedades pestilenciales, las grandes travesías interoceánicas.

La vida moderna está tan penetrada de la existencia de estos be-

neficios alcanzados por los grandes recursos con que cuenta el arte médico, que no espera que éste se los otorgue voluntario, sino que se los demanda y pide con ahinco, cada día con más fe, para combatir sus males y dolores y seguir vertiginosamente en el desenvolvimiento de su progreso y de su destino.

Tal sucede hoy con la etiología y el tratamiento del cáncer, que el mundo entero impaciente espera que se llegue á descubrir; tal sucede con el tratamiento específico y la vacuna de la tuberculosis, que todos los pueblos anhelan tener: aspiraciones legítimas que son nacidas del conocimiento que se tiene de que esas dos grandes dolencias, junto con la sífilis, cuya bacteriología ya se conoce, forman la trilogía de las enfermedades sociales que más contribuyen al martirologio de la humanidad.

Ante estas expectativas, en medio de estos triunfos de la Medicina preventiva de la época actual y del papel social del médico moderno, aprovechando de la calma relativa que aparentan tener los laboratorios é institutos de los sabios, concurrimos hoy á esta simpática cita que la ilustración de la América latina ha dado para celebrar el Tercer Congreso Médico, proporcionando á todos sus adherentes la oportunidad de venir á este recinto como mensajeros de paz de nuestros respectivos Estados, á cooperar con la diplomacia á la labor fecunda de fomentar el Americanismo del Sur.

Proficuos siempre los Congresos en buenos resultados, porque abren el campo á la iniciativa y al debate de las cuestiones públicas, porque cultivan y aumentan las relaciones tanto nacionales como internacionales, y porque en ellos se construyen las fórmulas imperecederas que encuadran la vida y las costumbres del hombre con las modalidades de la naturaleza y del tiempo, fórmulas que sirven para mantener en el mundo la moral, el orden y el trabajo, el Congreso que inauguramos hoy, promete ser el heraldo de grandes beneficios.

Fabulosa la distancia que separa la humanidad del hombre primitivo, del hombre animal, del hombre troglodita de las cavernas; y variadas y múltiples las transformaciones por las que éste ha pasado desde la época de su vida puramente instintiva, hay que reconocer que la existencia humana, altamente ennoblecida por la razón y la ciencia, tiene cada día una nueva faz que, según son los lugares, las épocas, la evolución y el destino, cambia su modo de ser en el orden físico y psíquico, en el orden social, moral, político é industrial; y que se necesita para su estudio en el terreno biológico no sólo de la prosecución de la obra científica que tiene por objeto el descubrimiento

de todos los secretos que aún guarda en su seno y el ensanchamiento de las leyes y conquistas adquiridas en el campo de su organismo, sino hacer la adaptación de cuanto se tiene observado en éste, á las condiciones particulares de cada una de las grandes agrupaciones esparcidas en el planeta.

La América latina, educada é instruída suficientemente para sentirse con fuerzas para hacer los ensayos de su emancipación científica, conservándose fiel á la tradición de la fecunda enseñanza del genio del viejo mundo y fija siempre su mirada en la luz que difunden en la tierra los sabios fundadores de la ciencia moderna, es la encargada de plantear y resolver los problemas que en nuestro continente se presenten, para hacer no sólo menos dolorosa la vida, sino para procurar que sea feliz, permitiendo que se deslice suave y dulcemente hasta su fin natural, y que el hombre, al morir, libre de todo lo que le asedia y mortifica, aceptando la muerte con altruismo, pues que va á dejar un sitio de bienestar para otro, eleve himnos de alabanza á la humanidad y á Dios.

En el orden médico, en el que los certámenes tienen por objeto resolver más directamente las cuestiones referentes á la protección de la salud pública y al alivio de las miserias humanas, el actual Congreso realizará grandes conquistas. Sus trabajos enriquecerán la Nosografía médica y la Terapéutica; formularán los votos que establezcan los principios que sirvan para la remoción de los obstáculos que entraban el buen funcionamiento social, darán el rumbo de una reforma de la enseñanza médica en el sentido de que ésta se haga esencialmente práctica, técnica y profesional, y establecerá las reglas de una deontología médica que garantice el ejercicio de la verdadera medicina y aleje y mate la piratería del arte, que manteniendo el empirismo y las viejas preocupaciones, ataca y ofende los respetos y las prerrogativas de los cuerpos médicos científicos; en una palabra, pondrá las bases del renacimiento de la medicina sudamericana.

Con los trabajos, descubrimientos y doctrinas que le presentemos y que merezcan su aprobación, habremos contribuído todos sus adherentes á lograr ese fin y á poner cada uno su grano de arena en la obra del intermentalismo médico que sus iniciadores han perseguido, así como á la unión y solidaridad de los pueblos, que, habiendo sido hijos de una misma civilización, tienen los mismos ideales.

Tan simpática perspectiva destacada hoy bajo el cielo de esta hermosa ciudad,—paloma que se baña en un lago, según Vásquez Cores, la Muy Leal y Reconquistadora Montevideo,—pasará á ser una rea-

lidad; y así lo auguran las conquistas alcanzadas por los Congresos de 1901 y 1904 realizados en Chile y la Argentina: el generoso apoyo moral que presta á este certamen el Excmo. Presidente del Uruguay y sus Ministros de Relaciones Exteriores y de Fomento, bajo cuyos altos auspicios funcionará; la naturaleza de las cuestiones planteadas en su programa; el acierto y delicada inteligencia con que su Comisión organizadora ha preparado sus labores, y por último la mágica y arrobadora inspiración que en esta clase de torneos ejerce la belleza eterna de la mujer, representada aquí con excepcional encanto por la histórica hermosura de las uruguayas, hermosura cantada hace poco por el político genial de los Estados Unidos, Mr. Root.

Conseguido el éxito que anhelamos, y continuando el espíritu científico de la América meridional trabajando en el sendero que ha abierto la moderna civilización, llegará un día en que de nuestros países no sólo viajen á los pueblos de la vieja Europa nuestras valiosas y variadas riquezas naturales, sino que por las ondas cadenciosas de las aguas de los majestuosos ríos del Plata, Amazonas y Orinoco, enviaremos, junto con los vítores y saludos á esos pueblos, las corrientes de fluido que nuestro mentalismo ha sabido desarrollar, merced á su propia intelectualidad, á la sangre de su raza y al espíritu moderno que lo anima.

VISITAS, PASEOS Y RECEPCIONES

Lunes 18

A las 9 de mañana se reunieron en la Secretaría del Hospital de Caridad, los miembros del Comité y gran número de Congresales, para visitar los diversos servicios de este Establecimiento. En las salas, los visitantes fueron amablemente atendidos por los señores miembros de la Comisión de Caridad, los Médicos del Servicio y estudiantes de Medicina á ellos adscritos, quienes dieron amplios detalles de su modo de funcionamiento y enfermedades más frecuentes en este país

Terminada la visita del Hospital, la comitiva se dirigió al Asilo Maternal número 3, situado en la calle Piedras. Se visitaron las diversas reparticiones del Establecimiento, recibiendo los visitantes amplios informes de la Comisión Delegada, relativos á los

fines y funcionamiento de la institución de los Asilos Maternales, de los cuales el visitado es uno de los cuatro que posee Montevideo. Se presenció el funcionamiento de una de las clases del Asilo, y por último, los pequeños escolares ejecutaron varios ejercicios, juegos y cantos escolares que agradaron mucho á la distinguida concurrencia.

El Delegado de Bolivia, señor Muñoz, pronunció un brindis, alabando la obra de estos Asilos, y felicitando por su excelente organización á la Comisión Delegada bajo cuya dirección se encuentran estos establecimientos.

A las 3 p. m. los miembros del Comité Ejecutivo instalaron las diferentes secciones del Congreso, en los salones del Palacio del Ateneo, empezando en seguida la lectura de las comunicaciones anunciadas en la orden del día correspondiente.

A las 8 de la noche se efectuó en el «Grand Hotel» el banquete dedicado á los Delegados oficiales extranjeros, por el Comité Ejecutivo del Congreso.

Asistieron á esta fiesta todos los Congresales representantes de las Repúblicas adheridas; y al final, el doctor Scoseria, Presidente del Congreso, ofreció el banquete en nombre del Comité Ejecutivo. Contestaron en elocuentes frases el doctor Oliveira Botelho (Brasil), doctor Araoz Alfaro (Argentina) y doctor Mendizábal (Méjico). La fiesta se desarrolló en un ambiente de franca amistad.

Martes 19

La mañana estaba destinada á la visita del Instituto de Química y obras de la Facultad de Medicina, y al Manicomio Nacional.

Reunidos en el Ateneo, los Congresales tomaron los coches ya preparados, y siguiendo la Avenida 18 de Julio, se llegó hasta las obras de la Universidad y Sección de Enseñanza Secundaria; después se marchó hasta la Plaza Sarandí, donde se construyen los edificios de la Facultad de Medicina, se visitó detenidamente el destinado al Instituto de Química, ya terminado, en el cual el doctor Scoseria, y el arquitecto señor Vásquez Varela—autor de los planos—dieron minuciosas explicaciones sobre lo que será la futura Facultad de Medi-

cina, con sus cuatro Institutos separados, de Química, de Higiene, de Fisiología y de Anatomía. Se bebió una copa de champagne, y el doctor Wernicke (argentino), brindó por la pronta realización del programa bosquejado por el doctor Scoseria, felicitando á éste por su iniciativa y trabajos hechos en favor de la Facultad de Medicina.

Se pasó en seguida al Manicomio Nacional, cuyas amplias reparticiones fueron detenidamente visitadas, acompañados los Congresales por los miembros de la Comisión de Caridad, los doctores del establecimiento, J. Ortiz, B. Etchepare, E. Lamas y R. Rodríguez, y los estudiantes de Medicina internos, quienes dieron toda clase de explicaciones sobre la organización y el funcionamiento de los servicios de aquella casa de asistencia.

En el *buffet*, el doctor Etchepare, médico del Establecimiento, pronunció un erudito discurso, haciendo resaltar los modernos progresos en el tratamiento de las afecciones mentales.

Contestó con la elocuencia acostumbrada el doctor Mendizábal (de Méjico), felicitando á la Comisión Delegada y á los médicos del Manicomio por la excelente organización y buen funcionamiento de aquel Establecimiento.

A la tarde funcionaron las diversas secciones en el palacio del Ateneo.

La noche estaba destinada á hacer la visita oficial á la *Exposición de Higiene* instalada en el Parque Urbano, y que había ya sido inaugurada solemnemente en el mes de enero próximo pasado. Los miembros del Comité Ejecutivo y sus familias organizados en Comisión para atender y obsequiar á los Congresales y á sus respectivas familias, saliendo del Ateneo, tomaron varios vagones del tranvía eléctrico y recorrieron parte de la ciudad para llegar por fin al Parque Urbano. El local de la Exposición, profusamente iluminado, y adornado con elegancia, estaba completamente lleno por distinguidas familias de la sociedad montevideana, que quisieron asociarse á las fiestas del Congreso prestando á ellas el encanto de su presencia.

Se recorrieron las diferentes instalaciones, que fueron muy admiradas por los visitantes, quienes recibieron abundantes datos sobre

el material expuesto por las diferentes oficinas médicas y técnicas de la República.

Miércoles 20

A las 9 de la mañana estaban citados los señores Congresales para reunirse en el Muelle Maciel con el objeto de visitar las instalaciones y obras del Puerto de Montevideo. Los concurrentes se embarcaron en tres vapores del Gobierno y fueron acompañados por los señores ingenieros Storm y Andreoni, de la Oficina Técnica de las Obras del Puerto, quienes durante todo el curso de la visita dieron á los Congresales amplias explicaciones sobre las obras en construcción y las proyectadas.

Después de atravesar la bahía, se desembarcó en el muelle de la Teja, en la costa del Cerro, para proceder á la visita de los obradores allí existentes.

Se recorrieron los diversos talleres mecánicos, que estaban en pleno funcionamiento, las canteras, los locales de trituración de granito, los destinados á la fabricación de bloques, y los embarcaderos.

Una vez á bordo, de nuevo, se recorrieron los diques interiores de cintura, las dársenas en construcción, se atravesó el antepuerto pasando al costado de las escolleras exteriores del puerto, y al pasar se vieron funcionar las grandes dragas de alta mar, las grúas flotantes, los talleres flotantes de construcción de los pilares de los diques de ribera, etc., etc.

Los visitantes desembarcaron á las 12 m. en el muelle de partida, muy satisfechos de haber conocido en sus menores detalles nuestra gran obra del puerto, y de haber podido apreciar el gran movimiento marítimo que en él existe habitualmente.

A la tarde, como de costumbre, sesionaron en el Palacio del Ateneo las diferentes Secciones.

Las sesiones fueron suspendidas á las *5 de la tarde* para visitar las obras de saneamiento de la ciudad. Llegados los Congresales á la esquina de Ibicuy y Paraguay, se descendió á la cámara de inspección allí existente, para poder visitar el gran túnel colector

que atraviesa la ciudad de Norte á Sur. Los señores ingenieros Storm y Andreoni, dirigieron la expedición. El gran colector que estaba ya completamente terminado, y cuyo funcionamiento se había aplazado para que pudiera verificarse sin molestias esta visita de inspección de los Congresales, había sido llenado hasta sus dos veredas laterales con agua del mar, á fin de recorrer gran parte de su trayecto en dos pequeñas embarcaciones preparadas al efecto. Algunos de los Congresales embarcados, y la mayoría caminando por las veredas laterales, recorrieron un largo trecho del gran colector, iluminado á luz eléctrica, pudiendo los visitantes admirar la gran capacidad y la importancia de este verdadero túnel ahuecado en el granito que forma el subsuelo de la ciudad de Montevideo, y revestido en su mayor altura de una capa de cemento de portland que lo hace completamente liso é impermeable.

A la noche, los señores Congresales y sus familias concurrieron á una función de gala en el Teatro «Urquiza», que una compañía dramática española dedicaba á los miembros extranjeros del Congreso. Desde los palcos en que fueron alojados, los Congresales admiraron las bellezas de nuestro lindo teatro, repleto de una selecta concurrencia de familias que de esta manera se asociaba una vez más á las fiestas del Congreso; y recrearon su espíritu con las bellezas de la producción de Capus «La Châtelaine», que fué muy discretamente interpretada.

Jueves 21

La mañana de este día fué totalmente destinada á la Municipalidad de Montevideo, visitando los diferentes laboratorios y servicios municipales. Se recorrieron sucesivamente el Laboratorio de Análisis Químicos, la Inspección Veterinaria, la Inspección de Limpieza de las calles, que, como se sabe, ocupan locales vecinos. En ellos, los Congresales fueron galantemente atendidos por los Directores y personal de esos servicios. El doctor Enrique Figari, Director de Salubridad y Vicepresidente en ejercicio de la Junta Económico-Administrativa de la Capital por enfermedad de su Presidente, y los demás miembros de la Junta, hicieron los honores de la casa, informando sobre la organización de los servicios municipales, entregando á los visitantes extranjeros ejemplares de los reglamentos; formularios, etc., que con la obra editada por la Municipalidad en ocasión de este

Congreso, titulada «Montevideo Sanitario», y que en oportunidad había sido distribuída á todos los Congresales, forman el conjunto de todas las disposiciones y funcionamiento de los importantes servicios de Sanidad de la Capital.

La concurrencia se trasladó después al Conservatorio de Vacuna y al Laboratorio Bacteriológico Municipal, situados en un mismo edificio en la calle Isla de Flores, donde sus Directores, el doctor G. Honoré y farmacéutico Carnelli, dieron á conocer las instalaciones y funcionamiento de estas dos importantes reparticiones municipales.

Por último, los visitantes se trasladaron en carruajes á la Casa de Desinfección, situada en la calle Carmen. Su Director, doctor Honoré, y el personal del Establecimiento, hicieron visitar á los Congresales las diversas reparticiones de la casa, sala de estufas para la desinfección al vapor, salas de recepción y de expedición de ropas y objetos á desinfectar y desinfectados, sala de aparatos portátiles para la desinfección domiciliaria, repartición del personal con sus dos salas de entrada y de salida, separada por la sala de baños y desinfección; y por último, las ambulancias y carros usados en el transporte de enfermos, y ropas de contagiosos. Se entregaron á los visitantes, ejemplares de las ordenanzas de declaración obligatoria de las enfermedades contagiosas, de los folletos conteniendo los consejos prácticos destinados á la población para evitar la propagación de las enfermedades contagiosas, y de los formularios donde se lleva la estadística respectiva. Esta Casa, que aunque en pequeño espacio tiene la misma disposición que las similares de las grandes capitales europeas, París y Berlín, impresionó agradablemente á los señores Congresales, que pudieron darse cuenta de la sencillez del plan que sirve de base á su funcionamiento, y de las seguridades que ella puede dar bajo el punto de vista de la defensa contra las enfermedades infecto-contagiosas.

De nuevo en carruajes, los Congresales se trasladaron á nuestro clásico paseo del Prado, en donde la Municipalidad ofrecía un almuerzo á los Delegados oficiales y adherentes extranjeros. Después de recorrer el lindo parque, los Congresales, en número de 200, ocuparon las mesas colocadas en el comedor central del Restaurant del Prado, hermosamente adornado con palmeras, helechos y otras plantas tropicales, y diversos trofeos de banderas de todos los países de América. La cabecera de la mesa estaba ocupada por los Delega-

dos oficiales, los miembros de la Junta y del Comité Ejecutivo. Durante el almuerzo, servido según un delicado *menú*, la bien organizada Banda Municipal hizo oir los mejores trozos de su repertorio.

A los postres, el doctor Enrique Figari, Vcepresidente de la Junta y Director de Salubridad, ofreció la fiesta con el siguiente discurso:

DISCURSO DEL DOCTOR ENRIQUE FIGARI, DIRECTOR DE SALUBRIDAD

Señores Congresales:

El Tercer Congreso Médico Latino-Americano, que se reune por primera vez en Montevideo, importa para nuestra Capital una alta distinción dispensada por la América Latina, cuya exuberante potencia intelectual le hace seguir el ejemplo de las grandes naciones europeas que se convocan periódicamente á sesiones solemnes para discurrir sobre todo el movimiento científico moderno, y comunicarse las vibraciones intelectuales que agitan á sus pensadores. Aquella distinción nos hizo sentir el legítimo orgullo de su merecimiento; hoy sentimos la calma íntima que produce el cumplimiento del deber que ella nos impuso al dar cita aquí á una gran parte del elemento científico de América, que concurre hoy generosamente á formar por unos días en Montevideo el sereno ambiente en que flotan los tranquilos conflictos de la ciencia pura, y el comercio gracioso y afable de los espíritus superiores que han tenido la bondad de aceptar nuestra invitación.

La Junta Económico Administrativa de Montevideo, no podía dejar de manifestar su completa satisfacción al ver reconocido el buen concepto que han sabido conquistar nuestros hombres de estudio, y por eso ha querido obsequiar al ilustre grupo de Delegados extranjeros, que nos han traído las voces simpáticas de sus pueblos.

Para recibir á tan alta embajada, no habremos podido ofrecer los excepcionales espectáculos de las grandes metrópolis, cabezas de inmensos territorios, y por eso mismo capaces y obligadas á manifestaciones de grandeza que pueden aceptar y soportar comparaciones con los más grandes centros civilizados; pero si bien las apariencias no deslumbran á nuestros distinguidos huéspedes, que vienen de todas las latitudes de nuestra maravillosa América, podemos afrontar serenos la crítica seria de esos sagaces observadores, porque en realidad, las exigencias que imponen las sociedades modernas se atienden

aquí, si no de manera ejemplar, á lo menos de manera á satisfacer ampliamente aspiraciones, á veces mismo, exageradas.

En la rápida visita que habéis hecho á algunos de los servicios que nuestra autoridad edilicia ha implantado, algunos de ellos en fecha que en la cronología de la higiene podemos considerar lejana, habéis podido comprobar que responden suficientemente á la necesidad de su creación en favor del grande y verdaderamente fecundo propósito de evitar la enfermedad, y demuestran un aprovechado esfuerzo dentro de los límites que nos impone nuestra organización municipal.

Yo no debo insistir aquí sobre el modo cómo todas esas instalaciones sanitarias llenan sus cometidos, porque á vosotros toca el juzgar de su eficacia, desde que la abundante cantidad de elementos estadísticos que periódicamente se publican y que, de seguro, ocuparán algunas de las sesiones del actual Congreso, os darán base segura de apreciación. Sin embargo, un hecho mencionaré que prueba nuestro verdadero anhelo de progreso: El último Congreso internacional de la tuberculosis celebrado en París en 1905 votó en su sesión de clausura, el 7 de octubre, la siguiente conclusión, propuesta por la primera sección, de Patología Médica: «*Que no se entregue « al consumo en los establecimientos públicos sino leche pasteurizada, hervida ó esterilizada; ó leche cruda, pero que provenga de establos en que todas las vacas hayan sido tuberculinizadas y así reconocidas inmunes.*»

Otra conclusión votada en la misma sesión dice: «*Que se establezca « lo más pronto posible la inspección sanitaria de las vaquerías.*»

Nuestro servicio de tuberculinización obligatoria de vacas de tambo de la capital funciona desde octubre de 1896, habiéndosele ampliado por el reglamento de enero de 1902, lo que importa habernos adelantado en nueve años al *desiderátum* formulado por aquel Congreso; en este momento mismo, la Dirección de Salubridad se ocupa en completar ese servicio, que es una verdadera necesidad de defensa, extendiéndolo á todo el departamento de su jurisdicción.

Esta mención no es hecha por vanidad; es hecha única y exclusivamente para justificar lo que decía antes; es decir, que nuestra autoridad municipal agradece la distinción recibida, de la manera verdaderamente buena de hacerlo, esto es, mostrándose digna de ella, y mostrando también que las ideas nuevas son cultivadas aquí con pródigos cuidados, contribuyendo con nuestro esfuerzo á la obra común del engrandecimiento de nuestro continente; porque la Amé-

rica, señores, es el porvenir; la fuerza, la fecundidad; la pureza de sus elementos naturales, imprime su carácter á los hijos que alimenta con su generoso seno, y que absorben, según se ve por la febril actividad que los anima, átomos que van, tal vez, á hacer germinar en sus cerebros, grandes ideas que transformen á la humanidad, apareciendo como deslumbrantes claridades al choque de violentos empujes, ó íntegras y como modeladas suave y armónicamente por las almas tranquilas, reunidas en benéfica gestación.

Señores Delegados: Los que han vivido alejados de las brisas patrias, que para todos son las más suaves, las más perfumadas, las más puras, saben qué dulce caricia recibe el corazón con los colores del glorioso estandarte nacional en lejana tierra. Por eso comprendo las maravillosas irradiaciones que reciben vuestras pupilas en este acto, donde se reunen en fraternal abrazo esas insignias de gloria, que hemos puesto aquí para que os digan, y repitáis á los vuestros, el grande y sincero afecto que el Uruguay siente por todas sus hermanas de la América Latina.

Hicieron después uso de la palabra los doctores Magalhaes y Araujo (del Brasil), Mendizábal (de Méjico) y Fernández (de la Argentina), pronunciando hermosos brindis en contestación al del Vicepresidente de la Junta. Esta interesante fiesta terminó á las 2 y 30 de la tarde.

Después de este almuerzo, algunos Delegados se trasladaron en tren expreso á visitar los «Mataderos de la Barra de Santa Lucía», donde se faena el ganado destinado al abasto de la ciudad de Montevideo.

En los salones del Palacio del Ateneo, celebraron sesión esa misma tarde las secciones de Medicina, Cirugía é Higiene, cumpliéndose la orden del día preparada.

A las 8 de la noche, de nuevo se reunieron en el Ateneo los señores Congresales, sus familias, los miembros del Comité y sus familias, además de un gran número de adherentes nacionales, y en varios vagones expresos de los tranvías eléctricos, se trasladaron al balneario de los Pocitos, recorriendo antes una gran parte de la ciudad.

En el balneario esperaba á los Congresales un numeroso público compuesto de las más distinguidas familias de la sociedad montevideana, las cuales acostumbran á celebrar durante el verano hermosas fiestas nocturnas al aire libre, que constituyen selectas reuniones, las cuales por su originalidad dan un sello especial á la vida de nuestras playas balnearias. La noche apacible y templada, la numerosa y distinguida concurrencia, y las armonías de la orquesta, contribuyeron á fijar en el espíritu de los huéspedes, todo el encanto de nuestras clásicas fiestas nocturnas de las temporadas de baños.

Viernes 22

A las 8 de la mañana estaban citados los señores Congresales para visitar el Asilo de Huérfanos, el Hospital Pereira Rossell y el Hospital Italiano. Se empezó por el Asilo de Huérfanos, donde dirigidos por los señores de la Comisión Delegada, se recorrieron todas las amplias instalaciones destinadas al cuidado y á la enseñanza de los huérfanos y expósitos. En el *buffet*, el doctor Arrizabalaga pronunció un delicado brindis, y la señorita Tula Rovira, estudiante interna del Asilo, saludó á los Delegados en nombre del personal científico del Establecimiento.

Después de recorrer los pabellones ya terminados del Hospital Pereira-Rossell, próximo á inaugurarse, los concurrentes se trasladaron al vecino Hospital Italiano, donde su Comisión Directiva, presidida por el ingeniero Luis Andreoni, hizo los honores de la casa, mostrando todas las reparticiones de aquel nosocomio particular.

Por la tarde celebraron reunión las diversas secciones en los salones del Ateneo.

En la noche se verificó una recepción en el Palacio de Gobierno, donde el Excmo. señor Presidente de la República, doctor Claudio Williman, ofreció un banquete á los señores Delegados extranjeros. La mesa fué colocada en el salón de recepciones, y fué ocupada por el señor Presidente de la República, Ministros de Estado, Ministros de las Repúblicas de la América acreditados ante nuestro Gobierno,

Presidentes de las Cámaras de Representantes y Senadores, Presidentes de los Tribunales Superiores de Justicia, los señores Delegados oficiales al Congreso, los miembros del Comité Ejecutivo, y otras altas dignidades de la Administración pública.

Al destaparse el Champagne, el Excmo. señor Presidente de la República pronunció el siguiente brindis:

BRINDIS DEL EXCMO. SEÑOR PRESIDENTE DE LA REPÚBLICA, DOCTOR DON CLAUDIO WILLIMAN

Recibid mi saludo, señores Congresales. Habéis venido al Uruguay en el desempeño de una elevada misión de ciencia y de fraternidad, que nosotros hemos visto con simpatía y acompañamos con nuestros más calurosos votos.

Dedicáis vuestros afanes á la noble tarea de aminorar el dolor que la pérdida de la salud ocasiona á la humanidad. Sois, pues, beneméritos de una gran causa, la de la ciencia, á que yo he consagrado también en otras de sus manifestaciones algunos de los mejores años de mi vida, y es lógico que despertéis admiración en todos los sitios á donde lleváis vuestro entusiasmo y espíritu de investigación.

Vuestra venida tiene también otro alcance. Contribuís á estrechar el conocimiento y los vínculos de amistad que unen á los hombres y á los pueblos de nuestro continente, y, en consecuencia, sois mensajeros de la fraternidad americana.

Yo os presento las seguridades de mi consideración, y brindo por la ventura personal de todos vosotros, por los dignísimos representantes diplomáticos aquí presentes, y por la prosperidad de las naciones hermanas que nos han favorecido nombrando una representación ante el Tercer Congreso Médico Latino-Americano.

Este brindis fué contestado por el doctor Xavier da Cunha, Ministro Plenipotenciario de los Estados Unidos del Brasil, en nombre de los Ministros diplomáticos de las Repúblicas latino-americanas invitadas á aquel acto.

El doctor Eliseo Cantón, Presidente de la Delegación argentina, contestó, en nombre de todos los delegados extranjeros, el brindis del señor Presidente de la República, agradeciendo á nuestro Gobierno las atenciones de que habían sido objeto los Delegados de las Repúblicas hermanas, teniendo frases de elogio para nuestras intelectualidades científicas.

Sábado 23

En la mañana los señores Congresales se trasladaron en carruaje á la Casa de Aislamiento, donde fueron recibidos por la Comisión Delegada y el personal superior de ese Establecimiento. Se recorrieron los diferentes pabellones dedicados á tuberculosos, y los demás destinados á las otras enfermedades infecto-contagiosas, habiéndose tomado las precauciones de práctica para evitar el contagio en los visitantes.

De nuevo en carruaje, los Congresales se dirigieron á la villa de la Unión, donde visitaron el Asilo de Crónicos é Inválidos y el Asilo Maternal número 4 con su Colegio anexo «La Escuela del Hogar». En este último Establecimiento los visitantes presenciaron una interesante fiesta infantil, que dió oportunidad para que el doctor Mendizábal, Delegado de Méjico, improvisara una sentida alocución, una de las más hermosas piezas oratorias del distinguido orador.

Por la tarde, en los salones del Ateneo, celebraron las últimas sesiones, agotándose las órdenes del día, de las diferentes Secciones.

Por la noche, los señores Congresales fueron invitados á concurrir al salón de actos públicos del Ateneo, para oir la conferencia del señor A. Ballvé, titulada «La Penitenciaría Nacional de Buenos Aires». El orador, en un estilo sencillo, hizo una descripción del funcionamiento de aquella cárcel, ilustrando su disertación con numerosas proyecciones luminosas de vistas de los talleres y demás reparticiones de aquel Establecimiento, del cual es director.

Domingo 24

A las 10 a. m., en el gran salón del Ateneo, se verificó la segunda reunion general del Congreso, siendo aprobados los votos y mociones de que instruye el acta respectiva inserta más adelante, y se designó por aclamación la ciudad de Río de Janeiro, para celebrar la 4.ª reunión del Congreso en el año de 1909.

De tarde se verificó en el mismo salón del Ateneo la sesión solemne de clausura, presidida por el Excmo. señor Ministro de Industrias, Trabajo é Instrucción Pública, doctor Gabriel Terra, con asistencia de gran número de Congresales y familias. (Véase el acta correspondiente).

Por la noche se verificó el banquete de clausura dedicado á los adherentes extranjeros, en el salón de recepciones del Club Uruguay.

Alrededor de la mesa, artísticamente adornada, tomaron asiento más de 200 comensales, estando ocupada la cabecera por el Excmo. señor Ministro de Guerra y Marina, Teniente General Eduardo Vázquez, y los Delegados oficiales de las repúblicas americanas, y además los representantes de los Poderes públicos de la República, Cámaras de Senadores y de Representantes, Tribunal de Justicia, etc.

El hermoso salón de nuestro primer centro social, resplandeciente de luz, estaba elegantemente adornado. El banquete se desarrolló en un ambiente de franca y cordial amistad, amenizado por los acordes de una buena orquesta. A la hora del Champagne, el Presidente del Congreso, doctor Scoseria, dió una sentida despedida á los señores Congresales extranjeros, agradeciéndoles la importante cooperación que habían prestado al Congreso, cuyo éxito indudable se les debía en gran parte, por lo interesante de las comunicaciones presentadas, que daban una idea del estado de adelanto de las ciencias médicas en los países que ellos representaban en el Congreso.

En seguida hicieron uso de la palabra, pronunciando hermosos brindis, los señores doctor Eliseo Cantón, Delegado de la República Argentina; doctor Magalhaes, Delegado del Brasil; doctor Mendizábal, Delegado de Méjico; doctor Rojas, Delegado de Costa Rica; los Congresales doctores Sisto, Martínez y Carrasco (de la República Argentina); y el doctor Almenara Butler, Delegado del Perú, quien ha tenido la galantería de rehacer su brindis, que á continuación transcribimos.

Esta hermosa fiesta, cuya parte oratoria fué presenciada por numerosas familias de los Congresales y socios del Club Uruguay, fué un digno fin de las verificadas con motivo de este Congreso.

BRINDIS DEL DOCTOR ALMENARA BUTLER, DELEGADO DEL PERÚ

Señores:

Muy lejos estaba de suponer que tenía que presenciar un torneo literario hecho en obsequio de la distinguida concurrencia aquí reunida A saberlo, hubiérame preparado para dirigiros la palabra tal cual lo merecéis.

En nombre del Perú, pueblo que sabe sentir y amar, os doy las gracias por el gran recibimiento y delicada hospitalidad que habéis brindado á los Delegados del Congreso, y que ha alcanzado al de mi país: por esa fina hospitalidad, que amenizada con fiestas, paseos y excursiones, nos ha permitido á todos conocer—junto con la belleza de la naturaleza de estas regiones,—el alma del pueblo de Montevideo, un alma que sabe asimilar todo lo que existe de cívico, de culto, de artístico y científico.

El Perú, que dirige su mirada por doquiera que se escuche el ruido que ocasionan las fiestas de la inteligencia, aguarda conocer con impaciencia los triunfos que en el Tercer Congreso Médico Latino-Americano ha conquistado la labor humana más interesante que existe, la del cultivo de la ciencia, única cosa que puede sustentar para siempre los progresos alcanzados en el mundo. Mi país os felicita por la contribución que acabáis de hacer en este sentido, y por el óbolo que habéis ofrecido con ello á la causa de la humanidad.

Por mi parte, agradecido como estoy de la bondadosa amistad que me han brindado generosamente los distinguidos colegas y apreciables caballeros de esta ciudad, os aseguro que al separarme de ella, conservaré en el alma el recuerdo más grato de este interesante pueblo de Montevideo, morada de hombres de saber y de matronas distinguidas, ciudad bella, rica y generosa, y que durante mi vida no pensaré sino en volver á ella alguna vez.

Salud.

Durante los diversos actos del Congreso, los señores Congresales recibieron los siguientes objetos: una *plaquette* en metal blanco, conmemorativa del Congreso, cuyo artístico dibujo se debe al inteligente pintor nacional señor Herrera, y acuñada por el establecimiento del señor Rossi, de Montevideo; una «*Guía pintoresca de Montevideo*»,

publicación hecha por el Comité Ejecutivo, que da una acabada idea de la importancia y belleza que encierra esta Capital; «*Montevideo Sanitario*», colección de disposiciones sanitarias en vigencia en Montevideo, publicada por la Dirección de Salubridad de la Junta Económico Administrativa de la Capital, en obsequio á los miembros del Tercer Congreso Médico Latino-Americano; «*Comisión Nacional de Caridad y Beneficencia Pública.—Sus establecimientos y servicios*», publicación oficial de aquella Comisión, que tiene á su cargo la asistencia hospitalaria, editada con ocasión del Congreso y en obsequio á los Congresales.

Todas estas publicaciones, esmeradamente impresas, contienen numerosas fototipías, que hacen más atrayente y comprensible su texto.

Durante los días de las sesiones del Congreso, los señores Congresales tuvieron á su disposición gratuitamente los servicios de telégrafo y correo, que habían sido solicitados al Gobierno por el Comité, y la instalación de una *oficina* en el mismo local del Ateneo, donde se verificaban las reuniones del Congreso.

Con objeto de atender á las familias de los Congresales extranjeros, y hacerles más grata su permanencia entre nosotros, el Comité Ejecutivo organizó una Comisión de Señoras, con las familias de sus miembros. Esta Comisión de Señoras acompañó á las familias de los Congresales en todas aquellas fiestas del Congreso que revistieron el carácter de sociales, y además, independientemente de esas, organizó otros paseos y visitas, entre las cuales pueden citarse las hechas al Parque Urbano, Playa Ramírez, Pocitos, Asilo de Huérfanos, y un te en los jardines del Prado.

3.ª

Sesión general

El Domingo 24 de marzo á las 10 a. m., en el gran salón del Ateneo, se verificó la segunda sesión general del Congreso Médico La-

tino-Americano, con asistencia de los miembros del Comité Ejecutivo, de los Delegados de las Repúblicas latino-americanas y un gran número de Congresales, bajo la presidencia del doctor Scoseria, actuando como Secretarios los del Comité Ejecutivo, doctores A Turenne y J. H. Oliver.

Declarado abierto el acto, el señor Presidente manifestó que esa reunión tenía un doble objeto. En primer lugar, debían tomarse en consideración los votos y mociones aprobados por las diferentes secciones del Congreso y cualquier otra moción que en ese acto fuera presentada por los Congresales presentes. En segundo lugar, debía designarse el país donde había de verificarse la 4.ª reunión del Congreso; este punto debía ser tratado en reunión especial con asistencia limitada á los Delegados oficiales, entendiéndose que, de acuerdo con lo que establecía el acuerdo orgánico de la fundación de este Congreso en Santiago de Chile en enero de 1901, debía contarse un solo voto para cada delegación, cualquiera que fuera el número de Delegados de que estuviera formada.

Respecto al primer punto, hizo notar el señor Presidente, que, habiendo sido discutidos en las sesiones de las secciones respectivas, los votos y mociones formulados, correspondía solamente á la asamblea, prestar ó no su aprobación á las resoluciones aludidas, suprimiéndose toda discusión, por la razón indicada. No habiendo sido observada esta indicación del señor Presidente, fueron leídas cada una de las mociones y votos de las secciones.

En esta forma recibieron aprobación los siguientes

VOTOS Y MOCIONES

La Asamblea resuelve agregar al Acuerdo Orgánico adoptado por el 1.er Congreso Médico Latino-Americano, los dos artículos siguientes:

1.º La designación del país en que deben celebrarse los futuros Congresos se efectuará por votación de los Delegados oficiales de los Gobiernos. Cada delegación dispondrá de un solo voto, cualquiera que sea el número de personas que la formen.

2.º La presidencia efectiva del Congreso corresponde al Comité Ejecutivo que lo organiza, sin perjuicio de las presidencias y vicepresidencias de honor que el mismo Congreso acuerde discernir en su primera reunión.

2.ª Sección (Medicina)

FORMAS VISCERALES DEL PALUDISMO

El Tercer Congreso Médico Latino-Americano aprueba la siguiente conclusión:

«Que si hay que tomar en cuenta las asociaciones patológicas, éstas, por su rareza, no deben preocupar grandemente al clínico; mientras que, por el contrario, en los países tropicales, existen con relativa frecuencia, *formas viscerales del paludismo* que dependen única y exclusivamente del veneno malárico, graves por lo general, que es preciso saber reconocer, so pena de ver morir al enfermo que no se someta al tratamiento antipalúdico enérgico».

ESTUDIO DE LAS PARATIFOIDEAS

El Tercer Congreso Médico Latino Americano recomienda:

Que el Comité Ejecutivo del próximo Congreso incluya entre los temas recomendados el estudio de las Paratifoideas.

INSTITUCIÓN DE LA «COPA DE LECHE»

El Tercer Congreso Médico Latino-Americano recomienda la institución de «La Copa de leche» como uno de los medios más prácticos y eficaces para la defensa del niño escolar débil.

3.ª Sección (Cirugía)

PROPAGANDA CONTRA EL CÁNCER UTERINO

El Tercer Congreso Médico Latino-Americano recomienda:

Hacer propaganda por medio de:

1.º Circulares á los médicos haciéndoles ver la conveniencia del diagnóstico precoz del cáncer uterino. Estas circulares podrían mandarse anualmente junto con estadísticas, donde se señalaran los frutos obtenidos con la nueva liga.

2.º Circulares á las parteras, pidiéndoles manden á los médicos las enfermas de orden ginecológico, haciéndoles ver la responsabilidad en que caen si desconocen lesiones que quizá sólo puedan curarse quirúrgicamente tratándolas en su principio.

3.° Publicaciones, conferencias y folletos, donde se señalen á las mujeres los peligros á que se exponen si descuidan pequeños trastornos genitales.

4.° Esta propaganda debe ser iniciada y prestigiada por sociedades médicas ó agrupaciones oficiales, para evitar, como dice muy bien Mangin, que el vulgo y médicos tomen estas iniciativas como un vulgar *réclame*, tachando el esfuerzo individual de trabajo «pro domo sua».

4.ª Sección (Higiene y Demografía)

CREACIÓN DE UNA REVISTA LATINO-AMERICANA DE HIGIENE Y ASISTENCIA PÚBLICA

El Congreso aprueba la siguiente proposición:

«Propongo que se forme una Revista Latino-Americana de Higiene y Asistencia Pública, bajo la dirección del señor Emilio Coni, y que se solicite de los países interesados, todo el apoyo necesario para esa publicación.

«Montevideo, marzo 24 de 1907.

(Firmado): Doctor *Victor Godinho* »

MORTALIDAD INFANTIL Y MEDIOS DE EVITARLA

La mortalidad infantil en la América latina, siendo incuestionablemente elevada, aunque reconoce grandes diferencias en los diversos países, el Tercer Congreso Médico Latino-Americano declara:

1.° Que en todas las instituciones de protección á la primera edad se establezca como principio indiscutible: que la asistencia á la infancia se base esencialmente en la lactancia natural y especialmente materna.

2.° Que siendo indispensable la difusión de la enseñanza de la Pediatría, deben crearse cátedras autonómicas de Clínica médica é Higiene infantil en todas las Facultades.

3.° Que se declare de URGENTE NECESIDAD la creación de leyes especiales para la protección de la infancia enferma y abandonada.

4.° Que como un medio tendente á concurrir al salvataje de la infancia, se enseñe á la futura madre las nociones esenciales de la higiene infantil.

ESTUDIO DE LA MORBILIDAD Y MORTALIDAD INFANTIL

El Congreso recomienda como tema oficial para el Cuarto Congreso Médico Latino-Americano en la sección correspondiente, el estudio de la morbilidad y mortalidad infantil en todos los países latino americanos.

CENSO GENERAL

El Tercer Congreso Médico Latino-Americano recomienda á las naciones del Continente practiquen un censo general que esté publicado en 1910, para que sus datos sirvan de base á todos los estudios que se relacionan con el movimiento de población y sus condiciones físicas y sanitarias.

MEDICINA É HIGIENE SOCIAL

El Congreso recomienda:

Que se fije como uno de los temas preferentes de discusión y de estudio para la próxima sesión del Congreso Médico Latino-Americano —y las sucesivas si así se juzgase conveniente—todo cuanto se refiere á la moderna dirección social de la Medicina y de la Higiene, en los pueblos de la América latina, respectivamente considerados.

ALIANZA DE HIGIENE SOCIAL

El Tercer Congreso Médico Latino Americano recomienda:

Que las naciones de la América latina funden instituciones compuestas de hombres de ciencia y filántropos que bajo la denominación de «Alianza de higiene social», reunan y concentren los esfuerzos de todas las asociaciones que tienen por objeto combatir los grandes males de la humanidad.

LIGA CONTRA LA AVERÍA

El Tercer Congreso Médico Latino-Americano, propone la creación de Ligas contra las enfermedades venéreas en los países latino-americanos, denominadas «Ligas contra la avería».

Con este objeto se nombra la siguiente Comisión Internacional Permanente para la profilaxia de la avería en la América latina:

Presidente: Doctor Emilio R Coni (Buenos Aires).

Secretario: Doctor José Brito Foresti (Montevideo).

Vocales:

Argentina: Doctor Baldomero Sommer y doctor J. Manuel Irizar (Buenos Aires).

Bolivia: Doctor Claudio Sanjinés T. y doctor Elías Sagárnaga (La Paz).

Brasil: Doctor Werneck Machado y doctor Mendes Tavares (Río de Janeiro).

Chile: Doctor Eduardo Moore y doctor Eduardo García Callao (Santiago).

Colombia: Doctor J. M. Lombana Barrenecha y doctor Luis Montoya Flores (Bogotá).

Costa Rica: Doctor Elías Rojas y doctor Rafael Calderón Muñoz (San José).

Cuba: Doctor Carlos Finlay y doctor José A. Presno (Habana).

Ecuador: Doctor Lino Cárdenas y doctor Rafael Rodríguez Maldonado (Quito).

Guatemala: Doctor Juan J. Ortega y doctor José Azurdia (Guatemala).

Haití: Doctor León Audain y doctor Félix Armand.

Honduras: Doctor Diego Robles y doctor Alejo de Lara (Tegucigalpa).

Méjico: Doctor Gregorio Mendizábal y doctor Regino Gónzalez (Méjico).

Nicaragua: Doctor Luis U. Debayle y doctor David Camparí (Nicaragua).

Panamá: Doctor Pedro de Obarrie y doctor A. S. Boyd (Panamá).

Paraguay: Doctor José P. Montero, y doctor Manuel Pérez (Asunción).

Perú: Doctor F. Almenara Butler y doctor Leónidas Avendaño (Lima).

Salvador: Doctor Tomás Palomo y doctor José del C. Gasteazoro (San Salvador).

Santo Domingo: Doctor Pedro M. Garrido y doctor Ramón Báez (Santo Domingo).

Uruguay: Doctor Alfredo Vidal y Fuentes y doctor Juan A. Rodríguez (Montevideo).

Venezuela: Doctor Luis Razzetti y doctor E. Conde Flores (Caracas).

SOLIDARIDAD ESCOLAR

El Tercer Congreso Médico Latino-Americano reunido en Montevideo hace suya la idea de «La Solidaridad Escolar» y proclama para pueblos y gobiernos la necesidad de su fundación en los distintos países en él representados.

Las obras más provechosas á realizar por «La Solidaridad Escolar» son:

1.º Los asilos para niños enfermos ó predispuestos, situados en las montañas, en las riberas marítimas ó mediterráneas;

2.º Las colonias escolares en vacaciones, turismo escolar, grupos pequeños dispersos en establecimientos rurales, etc.;

3.º Las *cantinas alimenticias* escolares, «la copa de leche» ó cualquier otra iniciativa con idéntico fin; y

4.º Los asilos-escuelas para niños anormales, degenerados y retardados.

El Tercer Congreso Médico Latino Americano reunido en la ciudad de Montevideo vería con verdadero placer, porque ello significaría un marcado servicio de protección á la infancia, que todos los gobiernos se preocuparan de organizar para sus escuelas el servicio médico, con arreglo á los conocimientos modernos y á las exigencias de una higiene escolar bien cimentada.

Con el propósito de organizar y hacer práctica la idea de la «Solidaridad Escolar» en todos los países latino-americanos, el Tercer Congreso Médico Latino-Americano resolvió hacer las designaciones de las Comisiones siguientes:

Presidente general, doctor Benjamín D. Martínez.

Secretario, doctor Ponciano Padilla.

Comité de la República del Uruguay—Doctor Abel J. Pérez, doctor Sebastián Rodríguez, doctor Luis Morquio.

República Argentina—Doctor Ponciano Vivanco, doctor José B. Zubiaur, doctor Adolfo Valdez.

República de Bolivia—Doctor José Manuel Rodríguez, doctor Natalio Aramayo, doctor Néstor Morales.

República del Brasil—Doctor Mendioros de Albuquerque, doctor Alfredo Gómez, doctor Olavo Billac y doctor Humberto Gotuzzo.

República de Chile—Doctor Máximo Cienfuegos, doctora Elisa Díaz, doctor Pedro Bonwen.

República de Costa Rica—Doctor Roberto Fonseca Calvo, doctor Miguel Obregón, señor Claudio González.

República de Guatemala—Doctor Juan J. Ortega, doctor Ramón Bengoechea, doctor Salvador Ortega.

República de Méjico—Ingeniero Miguel Martínez, doctor Porfirio Parra, doctor Ezequiel Chaves.

República del Paraguay—Doctor Manuel Amarilla, doctor Enrique Marengo, doctor José Pedro Montero.

República del Perú—Doctor F. Almenara Butler, doctor Guillermo Olano, doctor N. Crovetto, doctor Pablo S. Mirabelo.

Santo Domingo—Salvador B. Gautier, Manuel E. Cestero y José R. López.

Quedó acordado que más adelante serán designadas las Comisiones en Cuba, Venezuela, Panamá, Ecuador, San Salvador, Honduras, Nicaragua, Haití y Colombia, para lo cual se autorizó plenamente al Presidente de la «Solidaridad Escolar» doctor don Benjamín D. Martínez.

PROTECCIÓN Á LA MADRE SOLTERA

El Tercer Congreso Médico Latino-Americano, vería con agrado que los pasíses en él representados dictasen leyes que protejan á la madre soltera, como medio de auxiliar á la infancia.

UNIFORMIDAD DE DATOS ESTADÍSTICOS EN LA LUCHA CONTRA LA TUBERCULOSIS

El Tercer Congreso Médico Latino-Americano, aconseja á las Comisiones para la lucha contra la tuberculosis en la América latina, uniformen sus datos estadísticos, tarea que la del Uruguay ha realizado hace tiempo.

INSPECCIÓN DE CARNES

El Tercer Congreso Médico Latino-Americano, acepta las dos conclusiones siguientes:

1.° Adoptar sobre la inspección de carnes los votos formulados por el 10.° Congreso Internacional de Higiene y Demografía celebrado en París en 1900.

2.° Recomendar á los Gobiernos la promulgación, á la mayor brevedad, de una ley sobre la generalización de la inspección de carnes.

ALIMENTACIÓN LÁCTEA

El Tercer Congreso Médico Latino-Americano, acepta las dos conclusiones siguientes:

1.º Es absolutamente indispensable establecer para la alimentación láctea, en los puntos de producción y de expendio, un control sanitario análogo al que actualmente se efectúa para las carnes destinadas al consumo.

2.º Ese control para ser realmente eficaz debe comprender el examen sanitario del personal de los tambos y de todos los lecheros y la vigilancia higiénica de los conductores, condiciones de ordeñada, de conservación, transporte y distribución de la leche.

LUCHA CONTRA LA TUBERCULOSIS EN GENERAL Y CONTRA LA TUBERCULOSIS BOVINA EN PARTICULAR

El Tercer Congreso Médico Latino-Americano, en vista del aumento siempre creciente de la tuberculosis, resuelve:

1.º Hacer suyos los votos emitidos por el Congreso Internacional de la Tuberculosis de París celebrado en 1905.

2.º Recomienda á los Gobiernos la lucha antituberculosa en general y especialmente contra la tuberculosis bovina hoy existente en ínfima proporción en el ganado sudamericano, poniendo en práctica las siguientes medidas:

a) Que en todos los países se sometan á inspección sanitaria en un lazareto cuarentenario dirigido por un veterinario, todos los animales procedentes del extranjero, con el objeto de impedir la internación de los que resulten tuberculosos y cuyo sacrificio en ese caso se efectuará en el mismo lazareto.

b) Que las municipalidades impongan á la mayor brevedad, donde aun no se lleva á cabo, la tuberculinización de las vacas de los tambos urbanos y el sacrificio de las que son tuberculosas, previa indemnización de los animales, costeada por un fondo común formado por los mismos tamberos mediante el abono de una cuota determinada y por cada vaca tuberculinizada.

3.º Que se proceda á la educación del pueblo sobre los peligros de la tuberculosis y la manera de combatirla, ya sea por medio de propaganda efectuada en las escuelas y por publicaciones destinadas á los ciudadanos.

ESCUELAS DE ENFERMERAS

El Tercer Congreso Médico Latino-Americano, vota la siguiente proposición:

Los médicos de los países latino-americanos trabajarán en sus respectivas naciones para llevar á la práctica el establecimiento de escuelas de enfermeras, tomando como modelo las de Inglaterra y Norte América.

LEYES CONTRA LAS ALTERACIONES DE LOS PRODUCTOS ALIMENTICIOS

El Tercer Congreso Médico Latino-Americano hace votos para que los países americanos dicten leyes que protejan la población contra las alteraciones de los productos alimenticios.

TEMAS DE ESTUDIO

El Tercer Congreso Médico Latino-Americano, recomienda los siguientes temas para ser tratados en el próximo Congreso:

Influencia de los bosques sobre el clima de las regiones.—Necesidad de la formación de bosques artificiales para modificar ó corregir el clima é higienizar los suelos malsanos. Necesidad de la conservación de los bosques naturales.

Residuos de industrias agro-pecuarias.—Manera de utilizarlos y peligro que ocasionaría para la higiene su no utilización racional.

Patología vegetal.—Enfermedades de los vegetales cultivados en general y de los que formen verdaderas epifitias. Relación más ó menos directa ó indirecta que puedan tener estas enfermedades, y sus tratamientos curativos, con la higiene alimenticia principalmente.

VOTO SOBRE LA COMPILACIÓN DE UN «DICCIONARIO CLIMATOLÓGICO SUDAMERICANO»

El Tercer Congreso Médico Latino-Americano, vería con placer que se confiara la compilación de un «Diccionario Climatológico Sud-americano» á una Comisión internacional coadyuvada por comités nacionales.

VOTO SOBRE LA REALIZACIÓN DE LA CONVENCIÓN SANITARIA DE WASHINGTON, EN 1905

El Tercer Congreso Médico Latino-Americano, reunido en Montevideo, vería con gusto que las repúblicas latino-americanas que estuvieron representadas por sus respectivos delegados en la Convención Sanitaria reunida en Washington en 1905, ratificaran esa Convención firmada allí *ad referéndum* por sus representantes, y que se adhirieran á ella las que no estuvieron allí representadas, si lo encuentran conveniente.

HIGIENE ESCOLAR

El Tercer Congreso Médico Latino-Americano formula un voto de aplauso á la República Argentina, por el esmerado interés con que ha cuidado de la higiene escolar, y que se indique á los demás países sudamericanos la conveniencia de imitar la noble iniciativa de la nación amiga y hermana.

VOTO DE APLAUSO Á LA SOCIEDAD DE MEDICINA DE MONTEVIDEO

El Tercer Congreso Médico Latino-Americano, formula un voto de aplauso á la Sociedad de Medicina de Montevideo, por la propaganda hecha contra la enfermedad hidática.

VOTO DE APLAUSO

A propósito de los trabajos presentados á esta Sección por los Delegados del Brasil y de Guatemala, doctores J. Oliveira Botelho y E. Poirier, el Congreso pleno resolvió enviar un voto de felicitación á los gobiernos de las Repúblicas: Argentina, Brasil, Chile, Cuba, Guatemala, Méjico y Perú, por los importantes trabajos de saneamiento de sus ciudades.

VOTO EN FAVOR DE LA INSTALACIÓN DE OBRAS DE SALUBRIDAD

Vistos los resultados obtenidos en las ciudades de Buenos Aires y Rosario, el Tercer Congreso Médico Latino-Americano formula un voto en favor de la instalación de las obras de salubridad (aguas corrientes, cloacas, asistencia pública, etc., etc.), en todas las ciudades que

carezcan de ellas, en la seguridad de que cualesquiera que sean los sacrificios económicos que su establecimiento imponga, serán ampliamente recompensados por la salvación de las vidas de muchos de sus habitantes, y por el mejoramiento de sus condiciones higiénicas y sociales.

5.ª Sección (Farmacia)

ESPECIALIDADES FARMACÉUTICAS

El Tercer Congreso Médico Latino-Americano, aprueba las siguientes conclusiones:

1.º Solicitar de quien corresponda, que se prohiba en absoluto la venta de *remedios secretos*, entendiéndose por tales todos aquellos cuya fórmula no vaya inscrita en la etiqueta de cada envase.

2.º Solicitar también que se permita la venta de aquellas especialidades que llenen este último requisito, siempre que el Consejo de Higiene les haya prestado previamente su aprobación, para lo cual deberán reunir indispensablemente las siguientes condiciones:

a) Ser presentadas y prestigiadas por un farmacéutico nacional;

b) Ser preparaciones de verdadero mérito farmacológico, ya sea por su forma, por su *modus faciendi*, por su novedad ó por su composición.

ENSEÑANZA DE LA FARMACIA

El Tercer Congreso Médico Latino-Americano, aprueba la conclusión siguiente:

Siendo distinta la tendencia de los estudios correspondientes á las profesiones de Farmacéutico y de Médico, la Farmacia no debe ser considerada como una rama anexa ó subordinada á la Medicina.

6.ª Sección (Odontología)

CARIES DENTARIA

El Tercer Congreso Médico Latino-Americano, pide á los Consejos de Enseñanza Pública que se incluya en los programas escolares la

enseñanza de higiene bucal, llegándose, en lo posible, á establecer una limpieza bucal obligatoria, como se exige la limpieza de las manos, vestidos, calzados, etc.

VOTO DE AGRADECIMIENTO

Los Delegados Oficiales del Tercer Congreso Médico Latino-Americano presentan sus más profundos agradecimientos y la expresión de la más respetuosa simpatía al Gobierno de la República del Uruguay, al Congreso y á la clase médica del país.

Montevideo, 24 de marzo de 1907.

E. Cantón—Eduardo Poirier— G. Mendizábal—José Arce—Joaquín de Oliveira Botelho—Andrés S. Muñoz—E. Zárate—Emilio R. Coni—M. Cienfuegos—José M. Montero—Elías Rojas—F. Almenara Butler—Carlos A. Encina.

Inmediatamente se pasa á sesión especial para designar el país donde debe celebrarse el futuro Congreso.

Por aclamación, el Congreso resuelve:

1.° Que la cuarta reunión se verifique en Río de Janeiro en el próximo año de 1909.

2.° Cométese á la Delegación de los Estados Unidos del Brasil, integrada con el doctor A. A. de Azevedo Sodré, todo lo relativo á la organización y preparación de ese Congreso, con amplias facultades dentro de lo estatuído por el Acuerdo Orgánico que creó esta institución en Santiago de Chile.

4.ª

Sesión de clausura

(Domingo 24 de marzo á las 3 p. m.).

A las 3 p. m. se reunieron en el gran salón de actos públicos del Ateneo los señores Congresales, con el objeto de proceder á la clausura de las sesiones del Congreso.

Presidían el acto el señor Ministro de Industrias, Trabajo é Instrucción Pública, doctor Gabriel Terra, y el Presidente del Comité, doctor José Scoseria, á quienes acompañaban los demás miembros del Comité Ejecutivo, actuando como Secretarios los doctores Turenne y Oliver.

Abrió el acto el señor Presidente del Comité leyendo un discurso en el que recordó á cada uno de los países de la América latina que enviaron sus Delegados al Congreso.

A continuación el señor Secretario doctor don Augusto Turenne, leyó un discurso en el que puso de relieve la importancia de los trabajos presentados.

Clausuró el acto el señor Ministro de Instrucción Pública, pronunciando el discurso que se verá más adelante.

Habiendo sido designada la ciudad de Río de Janeiro para la celebración del Cuarto Congreso Médico Latino-Americano, el Delegado brasileño, doctor Fernando Augusto Ribeiro de Magalhaes, manifestó que desde luego auguraba que el pueblo y el Gobierno del Brasil cooperarían con verdadero entusiasmo para que el próximo Congreso lograra el más grande de los éxitos.

Discurso del Presidente del Comité, doctor José Scoseria

Excmo. señor Ministro:

Señores Congresales:

Señoras y señores:

Llegamos al término de nuestra jornada; á los pesimistas que á pesar de todo niegan la preparación de la América latina para estos

torneos de la ciencia, podemos presentar las ciento cincuenta comunicaciones leídas en el Congreso y los votos y conclusiones por él sancionados. La Secretaría os acaba de dar cuenta de ellas, y ahí queda sintetizada la labor de estos días de febril actividad.

Podrá discutirse la utilidad actual de estos Congresos en Europa, donde la producción científica es enorme y no necesita mayores estímulos, y donde la prensa médica publica al día los trabajos de los innumerables laboratorios é institutos de investigación científica. Pero, en nuestra joven América, la utilidad de estas reuniones periódicas es indiscutible, pues además de estimular el trabajo y el estudio—fuentes de engrandecimiento—tienen la otra misión, no menos importante, de crear hoy vínculos de solidaridad entre profesionales, relaciones y afectos entre hombres, que serán germen de unión y solidaridad entre pueblos mañana.

Los pueblos no se unen sólo por alianzas políticas ó tratados de comercio; más fuerte es su unión por los vínculos que crea la persecución de comunes ideales. Y nuestros pueblos latinos de América, unidos por la ciencia, que serena é imperturbable en su eterna majestad, se cierne por encima de todos los intereses y por sobre todas las conveniencias comerciales y políticas, y guiados sólo por ella, único faro que señala la verdadera ruta del progreso, han de marchar unidos á la conquista de su hegemonía, destruyendo la leyenda de su pretendida y nunca demostrada inferioridad.

Y en estos ochos días intensamente vividos en contacto con los ilustres congresales extranjeros, ¡qué inmensa distancia recorrida en el camino que ha de llevarnos á esa verdadera y ansiada unión de los pueblos latino-americanos! Ellos nos han hecho sentir las palpitaciones todas del alma americana en sus diversas modalidades; nos han hecho conocer á esos pueblos hermanos, que vecinos y pobladores de un mismo continente, conocemos mucho menos que á los más alejados de la tierra, y así conociéndonos hemos aprendido á amarnos y han nacido afectos que por ser sinceros y desinteresados serán indestructibles.

Las Delegaciones argentina y brasileña, numerosas y selectas, nos han traído con el concurso de sus más elevadas intelectualidades médicas, el exponente de nuevos progresos alcanzados en el fecundo campo de la labor científica. Con los trabajos presentados al Congreso nos han enseñado cómo una higiene bien dirigida puede transformar las condiciones de salubridad de una localidad, reduciendo considerablemente el coeficiente de la mortalidad y desterrando endemias seculares.

Bolivia nos envía el caballeresco saludo de sus universidades de clásico molde español, y por la elevada actuación científica y social de su Delegación nos ha hecho conocer sus recientes progresos sanitarios y la organización de sus servicios en forma para nosotros ignorada hasta hoy.

Chile, cuya inasistencia estaba justificada por el desastre nacional de la destrucción de Valparaíso, no repuesto aun de su dolor inmenso, nos envía con una de sus más descollantes personalidades, una lista de adherentes que honra á este Congreso y representa brillantemente al Cuerpo Médico chileno;—y con la reedificación de Valparaíso y el saneamiento de Santiago, obras que representan un esfuerzo colosal, nos muestra que vuelve al trabajo como si el estremecimiento del Ande majestuoso le hubiera despertado á nueva vida é inoculado nuevas y potentes energías. Es que el dolor no es signo de muerte; no anonada á los organismos fuertes,—es reacción vital que despierta energías latentes y las convierte en fuente de vida intensa y exuberante.

Costa Rica pacífica y trabajadora, nos ha hecho conocer su legislación sanitaria y el carácter de ese pueblo modelo, rico y feliz, en que no hay ejército ni hay revoluciones, y donde todas las fuerzas se aplican al trabajo, único factor de progreso y dispensador de bienestar.

Guatemala nos ha traído su organización sanitaria modelo y sus obras de saneamiento que merecieron un especial voto de felicitación del Congreso.

México se nos ha mostrado grande en sus progresos, digno de ser imitado en la perfecta organización de sus servicios de Asistencia pública y capaz de asimilar de sus vecinos del Norte la energía tenaz y la actividad inteligente y práctica, sin abdicar de sus sentimientos levantados de idealismo genuinamente latino, tan bien encarnados en la potente mentalidad de su ilustre Delegado.

El pueblo paraguayo nos envía el exponente de sus progresos á la Exposición de Higiene y uno de los más cultos intelectuales de la nueva generación, á decirnos cómo allí también se lucha y se avanza y que son diarias é importantes las conquistas realizadas.

El Perú, dignamente representado por una de sus ilustraciones médicas, nos ha mostrado una prueba palpable de sus progresos sanitarios en su instalación de la Exposición de Higiene: planos de sus nuevos establecimientos hospitalarios y publicaciones numerosas de sus institutos científicos, que revelan que el Perú no permanece rezagado en la marcha que sigue el progreso científico en la América.

En cuanto á nosotros, por corresponder al honor que para nuestra ciudad significa la presencia de los ilustres representantes de los pueblos hermanos de América, hemos hecho lo posible por cumplir dignamente nuestros deberes de hospitalidad.—Y convencidos que sólo del conocimiento mutuo y de las relaciones que se establezcan han de resultar los beneficios de estas reuniones, hemos mostrado á los Congresales concurrentes del extranjero, lo que somos, lo que tenemos y lo que aspiramos á ser y tener; francamente, sinceramente, sin ocultaciones ridículas y sin jactancias impropias. Deseábamos que los señores Congresales llevaran un conocimiento real, verdadero, de nuestro estado actual, y á ello han tendido nuestros esfuerzos. Vosotros, señores Congresales, diréis si lo hemos conseguido.

Señores:

Estamos en una época de rápida transformación científica. Lo que ayer era un axioma, es hoy un hecho mal observado ó una falsa interpretación; el fenómeno que ayer nos admiraba por su sencillez, entraña hoy un arduo y no resuelto problema á la luz de nuevos conocimientos; y este incesante y diario renovamiento de nociones y teorías, es la característica del progreso actual de la ciencias biológicas y explica los resultados sorprendentes obtenidos de un día para otro en la solución de intrincados problemas de fisiopatología y de terapéutica.

El organismo humano es un complejo no bien conocido aun en sus íntimos detalles de funcionamiento, y nos reserva todavía grandes sorpresas, mayores quizás que las observadas en estos últimos tiempos, y puede ser que no esté lejos el día en que veamos vestir el ropaje de la ansiada realidad á la genial concepción de Metschnikoff en su ensayo de filosofía optimista.

El actual momento histórico recuerda á aquel en que Volta y Galvani iniciaban el estudio del agente que ha cambiado la fisonomía de la segunda mitad del siglo XIX y ha transformado las ciencias, las artes y la industria. Los clásicos principios fundamentales de las ciencias físico-químicas parecen derrumbarse. La hipótesis de la energía intraatómica que ha de transformar nuestra actual concepción del cosmos, ya no repugna á los sabios, desaparece la dualidad de fuerza y materia, y las leyes de las acciones atómicas y moleculares, la física-química, empieza á invadir el dominio de las explicaciones en la fisiología celular.

Estamos en los comienzos de una era de progresos científicos que quizá sólo pueda compararse con la que trajo el estudio de la electricidad.

Al clausurarse este Congreso, hago votos por que la América latina no sea extraña á estos progresos y concurra á ellos con el esfuerzo de sus trabajadores y la mentalidad de su raza.

Discurso del Secretario del Comité, doctor Augusto Turenne

Señores:

Aunque la práctica haya establecido que los informes de Secretaría sean fríos como los diagramas de un cronógrafo registrador, romperé esa costumbre, en razón del carácter especial que han tenido las reuniones del Congreso Médico.

Sucesivamente presididas por los Delegados de las Repúblicas latino-americanas presentes, las sesiones procedieron en un ambiente de cortesía, visible aún en los casos en que se trataban puntos que más pudieran interesar el amor propio de las nacionalidades.

No podemos dudar que buena parte de este resultado corresponde á la manera cómo fueron dirigidos los debates por los Presidentes de Honor.

Temas de interés general, como la casi totalidad de los tratados en la sección de Higiene, cuestiones obscuras y complicadas como muchas de las presentadas á las secciones de Medicina y Cirugía, en todas ellas se percibía un espíritu nuevo, pujante. Me refiero al punto de vista genuinamente americano, desde el cual se han apreciado todos los trabajos.

Tributarios, con exceso, de la ciencia europea, que á tantos fracasos puede llevar aplicada íntegramente á nuestro medio físico y social, en este Congreso hemos visto con placer la autonomía clínica americana dar un brillante paso hacia adelante. Es este un camino del que no debemos apartarnos, so pena de permanecer inmóviles y, por lo mismo, retroceder.

Las excursiones que han servido para mostrar á nuestros colegas las múltiples exteriorizaciones de nuestra defensa social y, sobre todo, para hacerles palpar el intenso afán de progreso, de optimismo que caracteriza el momento actual, se han desarrollado en un ambiente

de afecto y cordialidad que ha servido para allanar las mil dificultades posibles, cuando discuten hombres separados hasta ayer por toda la extensión de su continente.

Cualquiera sea la opinión que sobre los congresos médicos se tenga, ya se les crea factores importantes de progreso científico, ya se les considere estéril campo de divagaciones ó platónica usina de votos nunca ó mal cumplidos, llenan estas reuniones un fin primordial indispensable. Siempre será favorable la reunión de hombres que aunque unidos por lazos históricos, militares, representan sociedades que, para mal de América, hasta ahora se han desarrollado aisladamente, bregando afanosamente por constituir nacionalidades sólidas. Todo lo que tienda á unificar su finalidad, merece ser alentado, sostenido, robustecido por cuantos sienten vibrar en lo hondo de su psiquis las fundamentales verdades sobre las que se cimentará la humanidad futura.

Vincular por la Ciencia á los hombres de las más apartadas regiones de América, es difundir sutiles lazos que en un porvenir cercano se transformarán en férreas trabas que harán de nuestro Continente un solo cuerpo social, variable en sus modalidades parciales de raza, de costumbres, pero único en el sentimiento de su destino histórico.

Todo lo que tienda á vigorizar esa tendencia, debe ser obra de los médicos, que están llamados á ser los árbitros de la organización social.

El resumen general de los trabajos del Congreso consta en el siguiente cuadro:

SECCIONES	Sesiones celebradas	Comunicaciones anunciadas	Comunicaciones leídas	Votos formulados	Aparatos presentados
II.—Medicina	4	33	27	2	1
III.—Cirugía	6	54	34	1	1
IV. — Higiene	6	45	38	33	—
V.—Química y Farmacia .	1	6	2	2	—
VI.—Odontología	2	10	6	1	5
TOTALES	19	148	107	39	7

La primera Sección (Anatomía, Fisiología, etc.) no tuvo ocasión de funcionar por no haberse presentado ninguna comunicación.

En la segunda Sección (Medicina) debemos señalar los interesantes trabajos de los doctores Elizalde, Bachmann y Acuña, sobre «Leucocitos»; las comunicaciones del doctor Llambías, sobre el obscuro tema de las «Pancreatitis supuradas»; del doctor Araoz Alfaro, sobre «Punción lumbar», que con las de los doctores Sisto («Defensa del niño débil»), Bachmann («Bacillus paratifoideo») y Morquio («Valor del análisis de la leche») constituyen una brillante contribución al estudio de cuestiones de palpitante actualidad.

La tercera Sección (Cirugía) fué de las más activas. El tratamiento aún incompletamente fijado de una manera definitiva de la «Apendicitis», fué el tema, ampliamente discutido, de las comunicaciones de los doctores Arrizabalaga, Vasallo, Viale y Repetto. La enfermedad hidática, cuyos progresos en las repúblicas del Plata alarman, fué igualmente tratada en todas sus fases al leerse los interesantes trabajos de los doctores Oliver, Arce y Varsi. El doctor Bottaro dió á conocer su extensa experiencia de la «Incisión de Pfannenstiel en las laparotomías ginecológicas», primera y brillante contribución de la clínica americana en una cuestión poco tratada fuera de Alemania.

El doctor Cantón nos hizo conocer su excepcional serie de «Operaciones cesáreas conservadoras», que tanta y tan justa autoridad le da en la Escuela Obstétrica Argentina. El doctor Magalhaes con una exposición cautivante nos inició en sus ideas nuevas sobre el origen placentario de las «Toxemias gravídicas». A propósito de «heridas toraco-abdominales», el doctor Manuel B. Nieto interesó vivamente con el resultado de su práctica, principalmente con el relato sencillo de emocionantes intervenciones sobre el corazón traumatizado, obteniendo una proporción de éxitos que hace su estadística espectable entre las más recientes publicadas.

En la cuarta Sección (Higiene) tuvieron lugar las más vivas discusiones, como que en ella se trataron temas que interesaban á la mayoría de los países representados en el Congreso.

«La lucha contra la Tuberculosis en la América latina», expuesta por su verdadero apóstol el doctor Emilio Coni, «La lucha contra la enfermedad hidática», por el doctor Llovet, los múltiples problemas de la «Higiene escolar» por los doctores Morquio, Sebastián Rodríguez, Sisto y B. Martínez, la «Mortalidad infantil», por los doctores Morquio y Montero, encontraron ambiente favorable para su dilucidación, y en las actas correspondientes queda bien establecida la opinión general reinante en el momento del Congreso. La discusión del estudio del doctor Bulhoes Carvalho sobre el «Estado sanitario de Río de Janeiro», evidenció la laudable emulación que existe entre los países de la América latina para no dejarse sobrepasar en lo que se refiere á los progresos de la Higiene pública.

En la quinta Sección (Farmacia) debemos señalar los trabajos del profesor Lanza sobre «Especialidades farmacéuticas» y del profesor Giribaldo sobre «Enseñanza de la Farmacia».

En la sexta Sección los señores Cohas, Burnett y Capella y Pons leyeron importantes trabajos sobre Odontología.

Para terminar, permítaseme condensar mi impresión general.

La forma cómo han procedido las sesiones, y los resultados obtenidos, pueden sintetizarse en el lema que entre la constelación austral luce en la bandera de la poderosa hermana brasileña: Orden y Progreso.

No se nos ocultan los defectos que en la organización y funcionamiento del Congreso habrán encontrado ustedes, que deben imputarse á nuestra inexperiencia.

Muchos de ellos han sido subsanados por la cortesía y amabilidad con que todos los adherentes al Congreso han facilitado las tareas de la Secretaría General.

Para los que aún persistieron, pedimos toda la indulgencia de nuestros buenos colegas.

Discurso del Ministro de Industrias, Trabajo é Instrucción Pública, doctor Gabriel Terra

Señoras y señores:

Hace una centuria apenas que un vidente precursor de la gran revolución continental, centralizando esfuerzos y energías, reunió por primera vez en tierra extranjera y en una asamblea memorable, á los patriotas que iban á tomar la iniciativa de la emancipación, provocando el alzamiento de los pueblos que al proclamar sus derechos, harían surgir del caos del coloniaje, amalgama de ignorancia y despotismo, una constelación brillante de geniales democracias creadas para señalar nuevos rumbos de dignidad y bienestar á otros pueblos de la tierra.

Por más que es sólo la vida de un hombre el tiempo que nos separa del juramento de Bolívar y San Martín ante «La gran Unión Americana», abisma el pensar en la extensión de la leyenda, en el conjunto de esos acontecimientos jamás soñados, que constituyen el poema heroico de nuestra independencia,—inspirada en un sentimiento que se revela simultáneamente en una raza superior, poco numerosa y desparramada en un vasto territorio, desde Méjico al Plata, del Atlántico al Pacífico, y que se estremece al unísono, como si fuera el choque violento de una corriente eléctrica el que conmoviera el alma colectiva de esa raza, nacida para la libertad y para las prácticas luminosas del dogma republicano.

Es el vínculo fraternal que hace repercutir el grito de la emancipación al través de las montañas colosales que chocan con las nubes, y á cuyas cumbres gigantestas sólo alcanza el cóndor fatigado, al través de los desiertos y las pampas solitarias, por los bosques seculares, guarida del indígena que aparece indomable con su altivez salvaje ante la civilización que avanza vencedora; es ese vínculo indestructible de la misma herencia, el que hoy os da cita en este certamen del saber, á vosotros los prohombres del pensamiento científico de las repúblicas de la América latina.

Ya no es el propósito sagrado de la emancipación que se impone con los perfiles heroicos que simbolizan el esfuerzo viril del hombre al perseguir su propia libertad, conquistada palmo á palmo en mil combates legendarios que comprenden nuestras glorias en el más sublime poema trágico de la historia universal. Ya no es la complicación que sigue al infortunio de las íntimas querellas, compañeras inseparables de toda marcha evolutiva hacia la perfección política, ya alcanzada en las nuevas democracias; no os congrega el fin bélico de los tiempos que pasaron, el odio por la esclavitud, la pasión por la libertad, la venganza, el grito de redención ó muerte nunca en vano proferido,— es el ideal también grandioso de prolongar la vida, es la suprema caridad y la lucha contra el dolor que nos persigue, es el deseo de hacer retroceder la Muerte que acecha siempre cruel y misteriosa para destruir en sus microorganismos invisibles, hermosas energías, arrebatándonos sin misericordia los íntimos afectos y las más intensas y puras alegrías.

Al abandonar el terruño de los amores, el hogar querido, la clientela que representa la fortuna y el porvenir, para recorrer algunos de vosotros enormes distancias, no lo hicisteis por el mandato del Dios de la guerra, imperioso en su armadura destructora: fué otra fuerza la que tuvo la virtud de separaros de vuestros lares, de los hijos y esposas amantísimas, porque es el espíritu genial del gran filántropo, del inmortal cruzado de la ciencia, de Pasteur, el bienhechor de la humanidad—el que ha presidido vuestras deliberaciones, acompañado tal vez en la imaginación científica de los señores Congresales, del recuerdo respetuoso de dos discípulos predilectos, de Behring y de Roux, que con el suero antidiftérico arrancan día á día de la asfixia, para devolverlos al cariño de las madres desoladas, á millares de niños inocentes.

Han sido bien aprovechadas por el Gobierno y distinguidos médicos las importantes conclusiones de los Congresos anteriores, convertidas algunas en leyes de la República y otras en proyectos que pronto se transformarán en fecundas realidades; y así la alianza de la higiene social de que habla el doctor Emilio Con i, tiene ya entre nosotros elocuentes manifestaciones de existencia, y entre ellas, la «Liga contra la Tuberculosis» que tanto relieve da á la personalidad patriótica y altamente inteligente del doctor Joaquín de Salterain, y la protección á la infancia en diversas iniciativas de dos jóvenes y abnegados compatriotas, los doctores José Martirené y Luis Morquio, cuyo haber solamente encuentra su medida en el gran altruismo de sus corazones.

Tengo el honor de acompañar como Ministro á un intelectual que ayer todavía dirigía hábilmente la enseñanza superior de la República, á un espíritu abierto á todas las generosas expansiones de la ciencia, y que en estos días en que un pueblo justiciero, con ensueños de grandeza y lleno de fundadas esperanzas, le tributa aplausos y le acompaña con aclamaciones entusiastas, ha sentido quizás la más profunda de sus satisfacciones en los debates de este Congreso, cuya inauguración ha saludado escribiendo en su programa de gobierno, en letras de oro, como un postulado de la Higiene nacional, el saneamiento de las ciudades del interior, la idea más grandiosa que pudiera presentarse como homenaje á vuestras altas y sabias deliberaciones.

A vosotros, que según la expresión elocuente del orador brasileño señor Fernando de Magalhaes, sois los representantes eminentes de la gran patria latino-americana, en nombre del Gobierno y del Pueblo oriental os doy la más afectuosa despedida, y al dejar clausuradas las sesiones de este Congreso memorable, cumplo también con el deber que impone la justicia, de expresar mi agradecimiento á la Comisión organizadora, á su digno Presidente doctor José Scoseria, benemérito legionario de la gran causa de la caridad y de la ciencia, y á sus dignos compañeros en la brillante y laboriosa jornada que hoy termina.

Trabajos anunciados al Congreso

ORDENES DEL DÍA

Segunda Sección

LUNES 18

1. **Doctor Bernardo Etchepare** (Montevideo)—Las parálisis generales.
2. **Doctor Humberto Gotuzzo** (Brasil)—Da superalimentação nos alienados.
3. **Doctor Rodolfo de Abreu** (Brasil)—Da resistencia globular da sangue no Rio de Janeiro.
4. **Doctor Gustavo Armbrust** (Brasil)—Contribuição ao estudo da hydroterapia nas psychoses.
5. **Doctor Juan Servetti Larraya** (Montevideo)—Consideraciones generales sobre el artritismo.—Frecuencia de sus manifestaciones en el Uruguay.
6. **Doctor Carlos Cúneo** (Nueva Palmira)—La fiebre, significación patológica y terapéutica de la misma.
7. **Doctor Delio Aguilar** (Buenos Aires)—Sobre un nuevo trócar de aspiración inobturable.
8. **Doctor Enrique Bordot** (Buenos Aires)—Pronósticos de la uremia.
9. **Doctor Tomás Varsi**—Sobre un nuevo tratamiento de la sífilis sin mercurio ni yodo.

MARTES 19

1. **Doctor Juan Moniz Barreto de Aragão** (Brasil)—Contribuição ao estudo do mormo no homen.—(Memoria).

2. **Doctor Alois Bachmann** (Buenos Aires)—Estudio sobre la vacuna de Jenner.
3. **Doctor Pedro E. de Elizalde** (Buenos Aires)—(Colaboración con el doctor Bachmann)—Los leucocitos.
4. **Doctor Mamerto Acuña** (Buenos Aires)—Valor semiológico y clínico de las variaciones leucocitarias en los estados patológicos.
5. **Doctor A. A. de Azevedo Sodré** (Brasil)—Das febres de calor.
6. **Doctor Oscar de Souza** (Brasil)—Valor therapeutico dos metaes no estado coloidal.
7. **Doctor Juan Servetti Larraya** (Montevideo)—Tratamiento del zona por la corriente continua.
8. **Señora Cecilia Grierson** (Buenos Aires)—Enseñanza de la kinesiterapia.
9. **Doctor Alois Bachmann** (Buenos Aires)—Los leucocitos y la alexina.
10. **Doctor Amable Jones** (Buenos Aires)—Histopatología de la célula nerviosa en el tabes y la tabo-parálisis.
11. **Doctor Gregorio Mendizábal** (Méjico)—Tratamiento de la pulmonía por los fermentos metálicos.
12. **Doctor Gregorio Mendizábal** (Méjico)—Un nuevo medio para el diagnóstico precoz de la tuberculosis pulmonar.

MIÉRCOLES 20

1. **Doctor Gregorio Araoz Alfaro** (Buenos Aires)—Importancia práctica de la punción lumbar; resultados diagnósticos y terapéutica.
2. **Doctores Araoz Alfaro y E. Bordot** (Buenos Aires)—La meningitis cerebro-espinal en Buenos Aires.
3. **Doctor Fernández Figueira** (Brasil)—Valor semeiológico da pressao sanguinea em pediatria.
4. **Doctor Nascimento Gurgel** (Brasil)—Contribuição ao estudo das anemias na infancia.
5. **Doctor Luis Morquio** (Montevideo)—La mortalidad infantil en Montevideo.
6. **Doctor Luis Morquio** (Montevideo)—Sobre el valor del examen de la leche en la lactancia de pecho.
7. **Doctor Jenaro Sisto** (Buenos Aires)—La defensa del niño débil.
8. **Doctor Jenaro Sisto**—Tratamiento de las hernias umbilicales. —(Colaboración del doctor Busco).

9 **Doctor Jenaro Sisto** (Buenos Aires)—Investigación experimental sobre la atrofia infantil.—(Colaboración del doctor Saccone).
10. **Doctor José P. Montero** (Asunción)—Contribución al estudio de las causas de la mortalidad infantil.
11. **Doctor Pedro Duprat** (Montevideo)—La clínica de niños de la Facultad de Medicina. (Historia y Estadística).

JUEVES 21

1. **Doctor Díaz de Barros e doctor Estevez de Assis** (Brasil)—La opotherapia renal.
2. **A. A. de Azevedo Sodré** (Brasil)—Tratamiento dos aneurismas da aorta.
3. **Doctor Enrique Duque Estrada** (Brasil)—Da poliorromenite.
4. **Doctor A. Paula Rodriguez** (Brasil)—Contribuição ao estudo da pneumonia no Río de Janeiro.
5. **Doctor A. Chagas Leite** (Brasil)—Contribuição ao estudo da acção physiologique do curare.
6. **Doctor Carlos Butler** (Montevideo)—Los nuevos métodos para el diagnóstico precoz de la tuberculosis pulmonar.
7. **Doctor Tomás Salazar** (Lima)—Método curativo de la tuberculosis pulmonar en su primero y segundo período.
8. **Doctor Mariano Alurralde y doctor Juan A. Domínguez** (Buenos Aires).—Nota preliminar sobre investigaciones fisiológicas y químicas del Trixis discolor, del Bulnesia Bonaerensis y del Strychnus Niederleinii.
9. **Doctor Joaquín Llambías** (Buenos Aires)—Pancreatitis supurada.
10. **Doctor Elías Rojas** (Costa-Rica)—Manifestaciones viscerales del paludismo.

VIERNES 22

1. **Doctor Joaquín Canabal** (Montevideo)—Sífilis gástrica. (Comunicación).
2. **Doctor Baldomero Sommer** (Buenos Aires)—La lepra en la República Argentina.
3. **Doctor Egaz Moniz Barreto de Aragao** (Brasil)—Cura promta e radical da syphilis em cualquer dos seus periodos, sem mercurios é yoduretos. (Comunicación).

4. **Doctor Tomás Varsi**—Sobre un nuevo tratamiento de la sífilis sin mercurio ni yoduro.
5. **Doctor Egaz Moniz Barreto de Aragao** (Brasil)—Un nuovo tratamiento das molestias da pelle.
6. **Doctor Baldomero Sommer** (Buenos Aires)—Bubas.
7. **Doctor Juan A. Rodriguez** (Montevideo)—Diagnóstico bacteriológico de la sífilis.
8. **Doctor Humberto Gotuzzo** (Brasil)—Tratamiento da epilepsia.
9. **Doctor A. Austregésilo** (Brasil)—Da polineurite scorbútica.
10. **Doctor Jacinto de León** (Montevideo)—Polineuritis aguda infantil: pseudo parálisis infantil. (Comunicación).
11. **Doctor Baldomero Sommer** (Buenos Aires)—Consideraciones sobre alopecia.

SÁBADO 23

1. **Doctor E. von Bassewitz** (Brasil)—O granuloma telangieto destropicum (ou angio-fibroma contagioso circunscripto da pelle).—(Informe).
2. **Doctor A. A. de Azevedo Sodré é profesor Miguel Couto** (Brasil)—Determinações cardíacas da febre amarella.

3 y 4. **Doctor Alois Bachmann** (Buenos Aires): 1 Bacillos pseudo Pfeiffer en la orina; 2 Bacillos paratifoideos.

5. **Doctor Genaro Sisto** (Buenos Aires)—Llanto sifilítico: signo nuevo de sífilis hereditaria.
6. **Doctor Enrique Bordot** (Buenos Aires)—Pronóstico de la uremia.
7. **Doctor Almeida Magalhaes** (Brasil)—Valor da percussão dos apices dos pulmoes, no diagnostico precoce da tuberculose.
8. **Doctor Bernardo Etchepare** (Montevideo)—Psicosis infecciosas.

Tercera Sección

LUNES 18

1. **Doctor José Viale** en colaboración con el doctor **Nicolás Repetto**—Anestesia local en un caso de laringectomía. (Presentación del enfermo y de la pieza).
2. **Doctor Diógenes Decoud** (Buenos Aires)—Cirugía de las vías biliares.

3. **Doctor Alberto Castaño** (Buenos Aires)—Tratamiento quirúrgico de la hipertrofia de la próstata.
4. **Doctor Pablo Mimbela**—Tratamiento de la hipertrofia de la próstata.
5. **Doctor Buenaventura Delger** (Montevideo)—Tratamiento de la hipertrofia de la próstata.
6. **Doctor Luis P. Bottaro** (Montevideo)—La incisión de Pfannenstiel en las laparotomías ginecológicas. (Comunicación).
7. **Doctor Daniel de Almeida** (Brasil)—Da intervenção cirurgica nas molestias do estomago.
8. **Doctor Diógenes Decoud** (Buenos Aires)—Sobre una serie de 50 gastrectomías y gastro-enterostomías.
9. **Doctor José Arce** (Buenos Aires)—Tuberculosis articular y su tratamiento racional.
10. **Doctor Juan Francisco Canessa** (Montevideo)—Sobre tratamiento de las artropatías tuberculosas.

MARTES 19

1. **Doctor Gerardo Arrizabalaga** (Montevideo)—Indicaciones de la intervención quirúrgica en las apendicitis agudas. (Informe).
2. **Doctor José A. Viaïe** en colaboración con el doctor **Nicolás Repetto** (Buenos Aires)—Consideraciones sobre 114 casos de apendicitis.
3. **Doctor Bartolomé Vasallo** (Rosario de Santa Fe)—Consideraciones sobre 4,000 operaciones de hernias y 550 de apendicitis.
4. **Doctor José Arce** (Buenos Aires)—La operación de **Posadas** en el tratamiento de los quistes hidatídicos.
5. **Doctor Pedro Duprat** (Montevideo)—Quistes hidáticos en el Uruguay. Estudio estadístico.
6. **Doctor Jaime H. Oliver** (Montevideo)—Quistes hidáticos y sindrome colelitiásico.
7. **Doctor Tomás Varsi**—Resultados generales del procedimiento del autor en las operaciones sobre quistes hidáticos del hígado.
8. **Doctor Enrique F. Llovet**—Tratamiento quirúrgico de los tumores malignos del seno.

MIÉRCOLES 20

1. **Doctor José Arce** (Buenos Aires)—Vaciamiento pelviano en las anexitis supuradas.

2. Doctor Fernando de Magalhaes (Brasil)—Etiologia é tratamento dos accidentes toxemicos da prenhez. (Informe).
3. Doctor Enrique Pouey (Montevideo)—Retrodesviaciones uterinas.
4. Doctor Augusto Turenne (Montevideo)—Tratamiento de la infección puerperal. (Informe).
5. Doctor J. Pou Orfila (Montevideo)—Los métodos de dilatación artificial del cuello uterino durante el embarazo y el parto. (Informe).
6. Doctor Samuel Gache—El dilatador uterino de Bossi y sus aplicaciones en la Maternidad de Buenos Aires.
7. Doctor Luis Calzada (Montevideo) — Propaganda contra el cáncer uterino.
8. Doctor Francisco Trongé (Buenos Aires)—Sonda uterina de doble corriente. Presentación del instrumento.
9. Doctor Jaime H. Oliver (Montevideo)—Sobre la técnica operatoria de la hernia crural.
10. Doctor José A. Viale en colaboración con el doctor Nicolás Repetto (Buenos Aires)--Anestesia local con presentación de un caso de laringectomía.
11. Doctor J. Pou Orfila (Montevideo)—Los nuevos métodos de conservación anatómica, desde el punto de vista de la enseñanza. (Presentación de piezas).
12. Doctor Fernando Giribaldo (Montevideo)—Un caso de halomegalia.

JUEVES 21

1. Doctor Abreu Fialho (Brasil)—Prophylaxia do trachoma. (Informe).
2. Doctor Albérico Isola (Montevideo)—Papiloma de la córnea. (Comunicación).
3. Doctor Abreu Fialho (Brasil)—Valor terapeutico das inyecções sub-conjuntivales. (Informe).
4. Doctor Francisco C. Barraza (Buenos Aires)—Tratamiento quirúrgico de la catarata.
5. Doctor Luis Demicheri (Montevideo)—Degeneración hialina de la conjuntiva.
6. Doctor Mello Barreto (Brasil)—A amaurose transitoria de origem angiospastica. Seu tratamento pelas inhalações de nitrito de amylo.

7. Doctores Luis Demicheri y Ernesto Quintela (Montevideo)—Exoftamia pulsátil por quiste hidático intracraneano con propagación intraorbitaria.
8. Doctor Francisco C. Barraza (Buenos Aires)—Tratamiento médico de las enfermedades oculares.
9. Doctor E. Chapot Prévost (Brasil)—Hemostasia hepática. (Informe).

VIERNES 22

1. Doctor E. Chapot Prévost (Brasil)—Cirugía teratológica. (Informe).
2. Doctor E. Chapot Prévost (Brasil)—Monstruos duplos no Brazil. (Comunicación).
3. Doctor Jaime H. Oliver (Montevideo)—Actinomicosis en el Uruguay. (Informe).
4. Doctor Manuel B. Nieto (Montevideo)—Heridas tóraco-abdominales. (Comunicación).
5. Doctor Eduardo Lorenzo (Montevideo)—Tratamiento de la tuberculosis renal.
6. Doctor Nicolás Repetto (Buenos Aires)—Resección cuneiforme del colédoco.
7. Doctor José Martirené (Montevideo)—Reducción de la luxación congénita de la cadera. Presentación de enfermos.
8. Doctor Pedro J. Martino (Montevideo)—Resección submucosa del tabique nasal. (Informe).
9. Doctor Prudencio de Pena (Montevideo)—Sobre fracturas del cráneo en los niños
10. Doctor Pedro J. Martino (Montevideo)—Cuatro observaciones de endoscopia de las vías aéreas, por el método de Killian. (Comunicación).

SÁBADO 23

1. Doctor José María Caballero (Buenos Aires)—La neo-inserción de los ligamentos redondos en las retrodesviaciones uterinas.
2. Doctor Andrés Puyol (Montevideo)—Quistes del ovario en las niñas. (Comunicación).
3. Doctor A. Rodríguez Lima (Brasil)—Tratamento cirurgico dos myomas uterinos. (Informe).

4. Doctor José María Caballero (Buenos Aires)—Consideraciones sobre cien histerectomías abdominales por fibromiomas uterinos.
5. Doctor Eliseo Cantón (Buenos Aires)—Operación cesárea conservadora.
6. Doctor José Martirené (Montevideo)—Hernias del ovario en las niñas.
7. Doctor J. Pou Orfila (Montevideo)—Ventajas del vaciamiento conoideo en el tratamiento de las metritis cervicales crónicas. (Presentación de piezas y de preparaciones histológicas).
8. Doctor Fernando Magalhaes (Brasil)—Operações ampliadoras da bacia.
9. Doctor Enrique Pouey (Montevideo)—Drenaje de las vías biliares.

Cuarta Sección

LUNES 18

1. Doctor Emilio R. Coni (Buenos Aires)—Estado actual de la lucha antituberculosa en la América Latina. (Memoria).
2. Doctor Clemente Ferreyra (San Paulo)—Los Dispensarios antituberculosos, especialmente en el Brasil. Papel de estos establecimientos en la lucha contra la tuberculosis. (Informe).
3. Doctor Félix Vitale (Montevideo)—La lucha contra la tuberculosis.
4. Sociedad de Medicina (Montevideo)—Lucha contra la enfermedad hidática. (Informe presentado por el Secretario, doctor Enrique F. Llovet).
5. Doctor Antonio Vidal (Buenos Aires)—Higiene social y medicina pública en la República Argentina. Reformas en la enseñanza y en las instituciones médicas. El doctorado en higiene.
6. Doctor Bulhões Carvalho (Brasil)—Estado sanitario de Río de Janeiro en el año 1906.
7. Doctora Cecilia Grierson (Buenos Aires)—La escuela de Hipurgía.
8. Doctor Luis D. Brusco (Montevideo)—La convención de Río de Janeiro y nuestra profilaxia sanitaria marítima.
9. Señor Gabriel Carrasco (Buenos Aires)—Los progresos demográficos y sanitarios de la ciudad de Rosario de Santa Fe.
10. Ingeniero H. Millot Grané (Montevideo)—El saneamiento y la higiene pública en nuestros países.

11. **Doctor Gregorio Mendizábal** (Méjico)—Algunas consideraciones acerca de la lucha antituberculosa y de lo que en este sentido se ha hecho en Méjico.
12. **Doctor Acevedo Lima** (Río Janeiro)—Lucha contra la tuberculosis en Río de Janeiro.

MARTES 19

1. **Señor Gabriel Carrasco** (Buenos Aires)—Valor monetario de la higiene pública.
2. **Doctor Emilio R. Coni** (Buenos Aires)—Alianza de higiene social.
3. **Doctor Luis Morquio** (Montevideo)—Higiene escolar en la América Latina.
4. **Doctor Benjamín D. Martínez** (Buenos Aires)—Solidaridad escolar.
5. **Doctor José P. Montero** (Paraguay)—Contribución al estudio de las causas de la mortalidad infantil en la Asunción.
6. **Doctor Almenara Butler** (Perú)—Protección de la infancia.
7. **Doctor Benjamín D. Martínez** (Buenos Aires)—Profilaxia de las enfermedades transmisibles en las escuelas de Buenos Aires
8. **Doctor Sebastián B. Rodríguez** (Montevideo)—Contribución al desenvolvimiento de la higiene social en algunos países de Sud América.
9. **Señor Benjamín D. Martínez** (Buenos Aires)—Desviaciones vertebrales de origen escolar.
10. **Doctor Luis Morquio** (Montevideo)—La mortalidad infantil en Montevideo.
11. **Doctor Jenaro Sisto** (Buenos Aires)—La higiene escolar en la República Argentina.

MIÉRCOLES 20

1. **Doctor José Oliveira Borges** (Brasil)—Profilaxia de la fiebre amarilla en Río de Janeiro.
2. **Señor Carlos A. Encina** (Buenos Aires)—Presentación de los servicios de policía sanitaria en la República Argentina.
3. **Doctor Eduardo Poirier** (Guatemala)—Higiene y salubridad en Guatemala.
4. **Señor Gabriel Carrasco** (Buenos Aires)—Crecimiento de la población de la República Argentina (1895 1906).

5. **Doctor Eulogio Fernández** (Buenos Aires)—Servicio de sanidad militar en campaña en las Repúblicas Argentina y Oriental.
6. **Doctor Rómulo Eyzaguirre** (Perú)—Las epidemias de Lima durante el siglo XIX.
7. **Doctor S. Rivas Rodríguez** (Montevideo)—Observaciones sobre los climas del Uruguay y Paraguay.
8. **Ingeniero Juan Puig y Nattino** (La Plata)—Interpretación de los resultados analíticos en los análisis de substancias alimenticias y bebidas.
9. **Señor Juan B. Bolano**—El vinagre. Su importancia en la higiene alimenticia. Necesidad de reglamentar su fabricación y expendio.
10. **Doctor Emilio R. Coni** (Buenos Aires)—Lucha contra las enfermedades venéreas.

JUEVES 21

1. **Señor Luis Morandi** (Montevideo)—El primer quinquenio del Observatorio del Prado.
2. **Señor Hamlet Bazzano** (Montevideo)—Meteorología general; influencia de los elementos meteorológicos en las aguas del Río de la Plata.
3. **Señor Luis Morandi** (Montevideo)—Folklorismo meteorológico uruguayo.
4. **Señor Hamblet Bazzano** (Montevideo)—Influencias atmosféricas en los delitos cometidos contra las personas.
5. **Señor Luis Morandi** (Montevideo)—Cuadros gráficos climatológicos.
6. **Señor Pedro Bergés** (Buenos Aires)—La inspección veterinaria de las carnes en varias naciones latino-americanas; necesidad y modo de generalizarla.
7. **Señor Pedro Bergés** (Buenos Aires)—De las enfermedades transmisibles por la alimentación láctea. Su profilaxia.
8. **Señor Pedro Bergés** (Buenos Aires)—Pasteurización obligatoria de la leche procedente de los establecimientos suburbanos y rurales.
9. **Señor Pedro Bergés** (Buenos Aires)—Condiciones que debe reunir la construcción y la explotación de los mataderos latino-americanos.

10. **Señor Pedro Bergés** (Buenos Aires)—La tuberculosis en el continente latino-americano. Su profilaxia.
11. **Señor Horacio Peralta Ramos** (Buenos Aires)—La tuberculosis canina en la República Argentina.
12. **Doctor Joaquín de Oliveira Botelho** (Brasil)—Cómo se vive, cuánto se vive y de qué se muere actualmente en Río de Janeiro.
13. **Señor Luis Morandi** (Montevideo)—Sobre la compilación de un diccionario meteorológico sudamericano.
14. **Doctor Adolfo Lutz** (San Paulo)—A trasmissão de molestias por sugadores de sangüe.
15. **Doctor Gregorio Mendizábal** (Méjico)—Sobre la ratificación de la Convención Sanitaria de Washington, de 1905.
16. **Doctores Bergés y Calaza** (Buenos Aires)—Reglamentación de las causas de decomisos en los mataderos.

Quinta Sección

MIÉRCOLES 20

1. **Profesor José Lanza** (Montevideo)—Especialidades farmacéuticas.
2. **Profesor Antonio Peluffo** (Montevideo)—Contribución al estudio de las preparaciones galénicas.
3. **Profesor Domingo Giribaldo** (Montevideo)—Cómo debe entenderse la enseñanza de la Farmacia.
4. **Señor Francisco Alciaturi** (Montevideo)—¿Puede permitirse el agua oxigenada como agente conservador de la leche?
5. **Señores Carlos Bacigalupi y Enrique Laventure** (Montevideo)—La esterilización en Farmacia.
6. **Profesor Víctor Coppetti** (Montevideo)—Contribución al estudio de las plantas medicinales del Uruguay: Ipecacuana, Arazá y Zarzaparrilla.

Sexta Sección

LUNES 18

1. **Señor Antonio Sierra** (Montevideo)—Tratamiento conservador de la pulpa dentaria.

2. **Señor Alejandro Lamas** (Montevideo)—Elementos terapéuticos en el tratamiento de las caries de 3.° y 4.° grado.
3. **Señor Héctor Cohas** (Montevideo)—Profilaxia de la caries dentaria. Medios de combatir su extensión.
4. **Señor Alejandro Lamas** (Montevideo) — Prensa profesional sudamericana. Su necesidad; medios de establecer su difusión.
5. **Señor Rodolfo Errausquin** (Buenos Aires)—Sobre el germen dentario en el embrión humano.
6. **Señor Rodolfo Errausquin** (Buenos Aires)—Presentación de una mesita aséptica.

MARTES 19

1. **Señor Juan J. Burnett** (Montevideo)—Aplicación de las leyes fisiológicas de la oclusión y articulación dentaria á los aparatos protésicos.
2. **Señor Saverio Laguardia** (Montevideo)—Obturadores palatinos y prótesis.
3. **Señor Juan J. Burnett** (Montevideo)—Oclusión y articulación dental en prótesis.
4. **Señor Arturo Capella y Pons** (Montevideo)—Restauración mediata del maxilar inferior.
5. **Señor Juan B. Patrone** (Buenos Aires)—La alimentación y las caries dentarias.
6. **Señor Francisco Cassullo** (Buenos Aires)—Dentadura higiénica artificial.
7. **Señor Víctor C. Errausquin** (Buenos Aires) — Trabajos de puente.
8. **Señor Antonio Sierra** (Montevideo)—Sobre enseñanza odontológica.
9. **Señor Héctor Laguardia** (Montevideo)—Sobre higiene dentaria.

Nómina de los miembros adherentes

Argentina

Acuña Mamerto . .	Médico
Alurralde Mariano .	»
Alvarez Clemente .	»
Aráoz Alfaro Gregorio	»
Arata Pedro N. . .	Químico
Arce José.	Médico
Arditi Horacio. . .	»
Aróstegui Roberto .	»
Asociación Obstétrica Nacional . . .	»
Badía José	»
Bachmann Alois . .	»
Barraza Francisco C.	»
Bergés Pedro . . .	Veterinario
Berra Jacobo Z. . .	Médico
Boero Enrique. . .	»
Botano Juan B. . .	»
Borda José F. . .	»
Bramdam Javier . .	»
Bullrich Rafael . .	»
Busco Juan. . . .	»
Caballero José. . .	»
Cafferata Juan M. .	»
Cantón Eliseo . . .	»
Carrasco Gabriel . .	Demógrafo
Casás Abelardo . .	Médico
Castaño Alberto . .	Médico
Centeno Angel M. .	»
Centro de Ingenieros Agronómicos.	
Colón Ricardo. . .	»
Coni Emilio R. . .	»
Cuerpo Médico Escolar de la Capital.	
Decoud Diógenes . .	»
Domínguez J. A. .	»
Dubarry Blas L. .	»
Elizalde Pedro E. de	»
Encina Carlos A. .	»
Errausquin Rodolfo .	Dentista
Errausquin Víctor. .	»
Escudero Pedro . .	Médico
Eyle Petrona . . .	Médica
Fernández Eulogio .	Médico
Gache Samuel. . .	»
Gareiso Aquiles . .	»
Grecco Nicolás . .	»
Greslebín Alberto .	»
Grierson Cecilia . .	Médica
Güemes Adolfo . .	Médico
Herrera Vegas M. .	»
Ibarguren Antonio .	»
Imas Applattie Ignacio L.	»
Imas Ignacio . . .	»

Jones Amable. . .	Médico
Lagarde Alfredo . .	»
Lagleyze Pedro . .	»
Larguía Jonás . . .	»
Llambías Joaquín .	»
Lorentz Emilio (adherente asociado).	
Maidagán José M. .	»
Malbrán Carlos . .	»
Martínez Benjamín .	»
Martínez Alberto. .	»
Marota R. A. . .	»
Méndez Julio . . .	»
Mendoza Josefina .	Dentista
Morixe Francisco M.	Médico
Nicoletti Alfonso . .	»
Obejero Eduardo . .	»
Oliverio Pascual . .	»
Pairó Pedro C. . .	»
Patrone Juan B. .	»
Penna José. . . .	»
Peralta Ramos Alberto	»
Peralta Ramos Horacio	Veterinario
Pignetto Manuel . .	Médico
Pimentel Antonio Pedro . . . . : .	»
Piñero Antonio . .	»
Puig y Nattino J. .	Ingeniero
Ravena Juan . . .	Médico
Repetto Nicolás . .	»
Romero Luciano . .	»
Santos Manuel A. .	»
Schatz Ricardo. . .	»
Scheffer Guillermo F.	»
Sisto Jenaro . . .	»
Sociedad Médica Veterinaria.	
Soler J. L. . . .	»
Sommer Baldomero .	Médico
Sussini Miguel. . .	»
Tello Wenceslao . .	»
Trongé Faustino J. .	»
Uballes Eufemio . .	»
Varsi Tomás . . .	»
Viale José A. . .	»
Vidal Antonio . . .	»
Villanueva Antonio .	»
Vassallo Bartolomé .	»
Wernicke Roberto .	»
Worms Godschaux .	»
Zanchi Alfredo . .	»
Zárate Enrique . .	»

Bolivia

Aranibar Isaac . .	Médico
Araujo José . . .	»
Matta Carlos . . .	»
Meleán Aurelio . .	»
Muñoz Andrés S. .	»

Brasil

Abreu Fialho J. de	Médico
Academia Nacional de Medicina.	
Azevedo Sodré A. A. de	»
Amaral Hermenegildo	»
Andrade J. Bautista de	»
Araujo Manuel José	»
Araujo Ramiro. . .	»
Austregésilo A. . .	»
Barreto Melo . . .	»
Bassewitz E. von . .	»
Botelho Joaquín de Oliveira	»

Braziliense Américo . Médico
Bulhoes Carvalho J. E. de . . . . . »
Chacón Augusto . . »
Chapot Prévost E. . »
Chaves Leocadio . . »
Costa Alfredo . . . »
Costa Jambeiro . . »
Couto Miguel . . . »
Curio Federico. . . »
Díaz de Barros A. . »
Díaz Novals Emygdio . . . . . . »
Duque de Barros. . »
Fernández Figueira . »
Ferreira Clemente. . »
Freire Oscar. . . . »
Garcés Frões João A. »
Giffoni Francisco Antonio . . . . . »
Godinho Víctor . . »
Gonçalvez Cruz Osvaldo . . . . . »
Gotuzzo Netto Humberto . . . . . »
Laboratorio Militar de Bacteriología.
Lutz Adolfo—Instituto Bacteriológico.
Magalhaes Eduardo de . . . . . . »
Magalhaes Fernando A. R. de . . . . »
Maiwald Francisco de Paula . . . . . »
Márquez Arnobio . . »
Maura Guillermo de . »
Moniz B. de Aragão Egas . . . . . »
Nascimento Gulger L. do . . . . . . Médico
Oliveira Borges J. Ignacio . . . . . »
Pacheco Félix . . . »
Pacheco Leão Antonio . . . . . . »
Praguer Frões Francisco . . . . . »
Pereyra Pacífico A. »
Pontuall Pedro. . . »
Ramos Alvaro . . . »
Rangerl Orlando . . »
Rivas Emilio . . . »
Rocha Cerqueira Caetano da . . . . »
Rodríguez Luna Antonio . . . . . »
Simões Angelo. . . »
Souza Claudio de . . »
Veiga Pedrada João. »
Veiga Saturnino de . »
Werneck Vicente . . »

Costa Rica

Rojas Elías . . . . Médico

Chile

Amunátegui S. Gregorio . . . . . Médico
Cádiz Mamerto. . . »
Carvalho Ventura E. »
Cienfuegos Mariano . »
Consejo Superior de Higiene Pública.
Corvalán M. Ramiro. »

Croizet Emilio . . .	Médico
Dávila Boza Ricardo.	»
Espejo Varas Luis .	»
Guzmán Cornelio . .	»
Hirth Adolfo . . .	»
Ibar Carlos	»
Instituto de Higiene .	
Johon Federico . .	»
Körner Víctor . . .	»
«La Tribuna Médica»	
Luco A. Joaquín . .	»
Maira Octavio . . .	»
Miranda Juan B. .	»
Monat Alfredo. . .	»
Mulon Teodoro . .	»
Pérez Canto Clodomiro	»
Río Alejandro del. .	»
Río Roberto del . .	»
Sierra Lucas . . .	»
Ureta Mariano. . .	»
Vicencio Alcibíades .	»
Vives Bravo Jorge .	»

Guatemala

Poirier Eduardo . .	Médico

Méjico

Mendizábal Gregorio	Médico

Paraguay

Barbero Andrés , .	Médico
Escobar Benigno . .	»
Fernández Sánchez Manuel	»
Marengo Enrique. .	»
Montero José P. .	»
Steward Guillermo .	Médico
Ubieta Manuel. . .	»

Perú

Avendaño Luis . .	Médico
Almenara Butler F.	»
Eyzaguirre Rómulo .	»
Mimbella Pablo . .	»

Uruguay

Acosta y Lara Horacio	Médico
Acuña Uberfil . . .	»
Aguerre José Agustín	»
Aguilar Delio . . .	»
Aicardi Bosio Damián	»
Alciaturi Francisco .	Farmacéutico
Alvarez Cortés Julián	Médico
Alvarez Teodoro . .	Ingeniero
Alvarez Valentín . .	Médico
Amargós José R. .	»
Amorín José L. . .	»
Andreoni Luis . . .	Ingeniero
Aranguren Juan . .	Médico
Arcos Pérez J. C. .	»
Arechavaleta José de	Farmacéutico
Armand Ugón María (adherente asociada).	
Arrizabalaga Gerardo	Médico
Asociación de Ingenieros y Arquitectos del Uruguay.	
Ateneo de Montevideo.	
Aznarez Valentín. .	»
Bacigalupi Carlos. .	Farmacéutico

Bado Juan B. . .	Médico
Baena José	»
Barbot Norberto . .	»
Bartus Leo	Químico
Bauzá Ernesto F. .	Médico
Bazzano Hamlet . .	Meteorologista
Baliño y Sueiro Antonio	Farmacéutico
Balzani Mario . . .	Médico
Bañales (hijo) Pablo .	Ingeniero
Bañales Tomás. . .	Médico
Barabino Santiago .	Farmacéutico
Berro Arturo . . .	Médico
Bianchi Juan . . .	»
Bilbao Juan José . .	»
Birabén Eduardo . .	»
Bonasso Manuel . .	»
Bonnet Julio E. . .	»
Bordot Enrique . .	»
Bottaro Luis P. . .	»
Bové E.	Farmacéutico
Brito Foresti Carlos .	Médico
Brito Foresti José. .	»
Bruel Eugenio . . .	»
Brufau Gerardo . .	Dentista
Burnett Juan S. .	»
Brusco Luis D. . .	Médico
Butler Carlos . . .	»
Cabral Antonio . .	»
Caffera Francisco A.	»
Calamet Carlos F. .	»
Calzada Luis . . .	»
Canabal Joaquín. .	»
Canessa Juan Francisco	»
Capella y Pons Arturo.	Dentista
Cardellino Ernesto .	»
Carnelli Carlos F. .	Médico

Carpi Pedro. . . .	Farmacéutico
Casás Antonio. . .	»
Casullo Francisco. .	Dentista
Casullo de Peluffo Iride	»
Castagneto Angel .	Médico
Castagneto Luis . .	»
Contro Farmacéutico. .	
Chiazzaro Attilio. .	»
Chiolini Angel. . .	»
Cirio Emilio. . . .	»
Cohas Héctor F. .	Dentista
Comisisión de Caridad.	
Consejo Nacional de Higiene.	
Consejo Penitenciario.	
Coppetti Víctor . .	Farmacéutico
Coppola Juan . . .	Médico
Cortabarría Francisco	»
Crispo Brandis J. A.	»
Cuenca Baldomero .	»
Cuenca y Lamas B.	»
Cuenca y Raffo A.	»
Cúneo Carlos . . .	»
Curbelo y Larrosa Aurora (adherente asociada).	
Curci Vicente . . .	Farmacéutico
Crispo César J. . .	Médico
Dall'Orto Guillermo.	»
Darriulat Amalio R.	»
Deambrosis José L.	»
Delger Buenaventura	»
Della Croce E. V. .	Farmacéutico
Demicheri Luis. . .	Médico
Departamento de Ingenieros.	

Dirección General de Estadística.	
Dirección General de Registro Civil.	
Dirección de Instrucción Pública.	
Dirección de Salubridad.	
Dovitiis Ubaldo . .	Médico
Duprat Pedro . . .	»
Egger Eugenio. . .	»
Escande Clemente .	»
Etchepare Bernardo.	»
Etchepare Julio . .	»
Fabini Juan P. . .	Ingeniero
Facultad de Matemáticas.	
Facultad de Medicina.	
Fernández Espiro E.	Médico
Ferrer Arturo . . .	»
Ferreria Fernando .	»
Figari Enrique. . .	»
Fleurquín Juan . .	»
Foglia José	Ingeniero
Foladori José (adherente asociado).	
Fonseca Rodolfo . .	Médico
Fontela José A. .	Farmacéutico
Fortuny José . . .	Dentista
Gallaugher Tomás Eduardo	»
Gallinal Alejandro .	Médico
Gandolfo Antonio .	»
Garabelli Arturo. .	»
García de Zúñiga Eduardo	Ingeniero
García Lagos Horacio	Médico
Guerra Angel . . .	Dentista
Guerra José . . .	Dentista
Guerra Romero Augusto	»
Guerra Silvio . . .	Médico
Gianelli Alberto . .	»
Giribaldo Domingo .	Farmacéutico
Giribaldo Fernando .	Médico
Gómez Peña José. .	»
Guglielmetti José G.	Farmacéutico
Guglielmetti Juan .	Médico
Gutiérrez Luis. . .	»
Hegui Juan. . . .	»
Honoré Gabriel . .	»
Ibarra Jorge . . .	»
Instituto Climatológico.	
Instituto de Higiene Experimental.	
Instituto Nacional para la predicción del tiempo.	
Isola Albérico . . .	»
Irigoyen Ramón . .	»
Junta Económico-Administrativa.	
Laguardia Héctor J.	Dentista
Laguardia Saverio .	»
Lamas Alejandro . .	»
Lamas Alfonso . .	Médico
Lamas Eduardo . .	»
Lanza José. . . .	Farmacéutico
Larrayoz Bernardo .	Ingeniero
Larrauri E. Héctor .	Veterinario
Lébano Antonio . .	Médico
Lenguas Luis Pedro.	»
León Jacinto de. .	»
Liga U. contra la Tuberculosis.	
Lladó Antonio (adherente asociado) .	

Llovet Enrique F. .	Médico
Lombardini Lorenzo.	»
López Aguerre Juan.	»
López Lomba Ramón.	Demógrafo
Lorenzo Eduardo. .	Médico
Lorenzo Julio . .	Dentista
Loriente Hilarión .	Médico
Luisi Paulina (adherente asociada).	
Luján Angel, miembro adherente.	
Lussich Arturo. . .	»
Mackinnon Ricardo .	»
Maggiolo Angel C.	»
Martínez Alejo. . .	»
Martínez Benjamín .	»
Martínez Eduardo .	»
Martino Pedro J. .	»
Martirené José. . .	»
Martorell Sebastián .	»
Méndez Alfredo . .	»
Mestre José R. . .	»
Millot Grané Hipólito	Ingeniero
Miquelerena José de.	Farmacéutico
Mondino José . . .	Médico
Mondino Luis . . .	»
Monteverde Juan. .	Ingeniero
Morales Herrera Salvador	»
Morales Tristán . .	Dentista
Morales Ubaldino. .	»
Morquio Luis . . .	Médico
Museo Nacional.	
Murguía Juan S. .	»
Navarro Alfredo . .	»
Nicola Francisco . .	»
Nieto Manuel B. .	»
Nin y Silva Jaime .	»
Noceti Adolfo . . .	Médico
Oficina de identificación antropométrica.	
Olivera Angel Félix.	»
Oliveres D. Antonio.	»
Oliver Jaime H. .	»
Ortiz Oscar. . . .	»
Paganini Horacio. .	»
Payssé Camilo. . .	»
Payssé Luis. . . .	»
Pena Prudencio de .	»
Penza Emilio . . .	»
Peluffo Antonio . .	Farmacéutico
Pereyra Juan L. .	Médico
Pérez Adolfo D. .	Ingeniero
Pérez Gomar Alberto	Médico
Peréz Montebruno A.	»
Piñeiro Teófilo D. .	Abogado
Piovene César. . .	Médico
Pongibove José M.	Farmacéutico
Pou Cardoner José.	Médico
Pou Orfila Juan . .	»
Pouey Enrique. . .	»
Quintela Ernesto. .	»
Quintela Manuel. .	»
Ramos Suárez Alejandro	»
Real de Azúa Gabriel A. . . .	»
Repetto José . . .	»
Ricaldoni Américo .	»
Ricci Cayetano . .	Farmacéutico
Ricci Pedro . . .	Médico
Rivas Rodríguez Serafín	»
Rodríguez Anido José	»
Rodríguez Isidoro. .	»
Rodríguez Juan Antonio	»

Rodríguez Julio . .	Médico
Rodríguez Sebastián B.	»
Rodríguez Rafael. .	»
Rolando Juan F. .	Farmacéutico
Romeu José . . .	Médico
Rovira Tula (adherente asociada).	»
Salterain Joaquín de	»
Sanguinetti Agustín	»
Sanguinet Pedro . .	»
Sanidad Militar.	
San Juan Emilio . .	»
Sans y Sancho Lucio	»
Saráchaga Alejandro	»
Sayagués Laso Carlos	»
Scafarelli Francisco .	»
Scanavino Francisco	Farmacéutico
Schiaffino Rafael. .	Médico
Scoseria José . . .	»
Scremini Pablo . .	»
Seijo Ernesto . . .	»
Serratosa Antonio. .	»
Servetti Larraya Juan	»
Sierra Antonio. . .	Dentista
Silva Juan Darío. .	Médico
Silva Rómulo H. .	Médico
Soca Francisco. . .	»
Sociedad de Medicina.	
Sociedad Odontológica.	
Sosa Prudencio . .	»
Storm Juan. . . .	Ingeniero
Suñer y Capdevila Francisco . . .	Médico
Turenne Augusto .	»
Universidad de la República.	
Vecino Ricardo . .	Médico
Veiga Fausto . . .	»
Viana Antonio S. .	»
Vidal y Fuentes Alfredo	»
Villavedra Inocencia B. de	Partera
Visca Pedro A. . .	Médico
Visaires y González Teodoro	Veterinario
Vitale Félix . . .	Médico
Ynchaurreguy Arturo	Veterinario
Zuccoli Luis J. (adherente asociado).	

Conferencia sobre "La Penitenciaría Nacional de Buenos Aires", por su Director el señor A. Ballvé.

(LEÍDA EN LA NOCHE DEL 23 DE MARZO EN EL SALÓN DE ACTOS PÚBLICOS DEL PALACIO DEL ATENEO)

Señoras:

Señores:

Mucho he vacilado antes de decidirme á preparar este trabajo. Confieso sin rubores, que la idea de presentarme, yo que no tengo título profesional alguno, ante un núcleo de hombres de ciencia, representativos de la más alta cultura intelectual de las naciones que han concurrido al Tercer Congreso Médico Latino-Americano, me ha impresionado durante algún tiempo, pero al fin ha pesado más sobre mi espíritu, el deseo de concurrir, en la medida de mis escasas fuerzas, á la obra civilizadora del Congreso, que toda otra consideración, y venciendo aquellos temores, y aun arrostrando dificultades físicas personales, que son evidentes, he concluído por someterme á la prueba, descontando de antemano la benevolencia de los señores Delegados que me escuchan, é imponiéndome, ante todo, el deber de expresar mi reconocimiento por el honor que me ha dispensado el Comité Ejecutivo del Congreso, al patrocinar esta conferencia.

I

El tema que me propongo tratar, es vasto y complejo. Su estudio minucioso, no podría hacerse dentro de los límites racionales de un acto como este, y por eso debo limitarme á rozar solamente las cuestiones fundamentales que comprende.

Una rápida descripción de la Penitenciaría Nacional de Buenos Aires, me servirá á manera de programa, para exponer someramente la orientación que se ha dado en aquel establecimiento á todos los problemas de la penalidad, dentro del criterio científico moderno, y me permitirá fijar con claridad mis ideas propias sobre la interesante

cuestión del régimen penitenciario más adecuado para los países americanos de origen latino, objetivo práctico del presente estudio. Concurrirán á facilitar mi tarea, haciendo menos severa la síntesis de mi discurso, por una parte, las proyecciones luminosas con que acompañaré las descripciones, y por otra, la referencia al material presentado por la Penitenciaría que dirijo, en la Exposición Internacional de Higiene, anexa al Congreso.

La actual Penitenciaría Nacional, fué mandada construir en el año de 1869 por el gobierno de la provincia de Buenos Aires, para servir á las necesidades particulares de ese Estado; la obra fué terminada en 1877, y tres años más tarde, al ser federalizada la ciudad de Buenos Aires, pasó á manos del Gobierno de la Nación, el que la utiliza desde entonces, no sólo para alojar á los presos provenientes de los tribunales de la capital, sino también para los de algunos territorios federales y provincias que no cuentan con cárceles seguras. De ahí nace su nombre y su carácter de establecimiento nacional.

El decreto gubernativo que ordenó la construcción de la Penitenciaría, es un documento interesante y que merece ser recordado, porque en él se traducía ya la influencia de las nuevas ideas sobre penalidad, que se abrían camino, desvaneciendo los prejuicios clásicos y venciendo las resistencias de las costumbres. Bien es verdad que ese documento llevaba la firma de un jurisconsulto eminente: el doctor Antonio E. Malaver, ministro en aquella época.

Para la distribución del edificio, los autores de los planos del nuevo establecimiento penal argentino se inspiraron, sin duda, en la entonces célebre Penitenciaría de Filadelfia, pero adaptándola para servir al régimen de Auburn ó mixto, es decir, al del aislamiento nocturno absoluto y la comunidad en el trabajo y en la escuela, y la construcción se llevó á cabo teniendo en vista á los dos citados modelos combinados.

Vista 1.—Plano general.

En la presente vista se exhibe el plano general de la Penitenciaría. El recinto de la cárcel está rodeado de una muralla de 7 metros de altura, sobre la cual se apostan los centinelas de la guardia militar del establecimiento. En este muro se encuentra todo el secreto de la seguridad de la cárcel. Las fuertes rejas y las pesadas puertas interiores, ni serían obstáculo para los maravillosos instrumentos del delincuente moderno, que cortan el acero casi con la misma facilidad con que un niño divide un trozo de manteca, ni resultarían eficaces contra los ardides de los prisioneros, cuyos recursos son inagotables tratándose de recuperar la libertad perdida.

Fuera del recinto amurallado, se encuentra el edificio que sirve para habitación del director y su familia.

El primer cuerpo, lo ocupa la guardia militar, compuesta de cien hombres del ejército de línea. La guardia militar sirve exclusiva-

mente para la custodia exterior. Los soldados no penetran á la cárcel, sino en el rarísimo caso de un desorden colectivo. La policía interna es hecha por el personal civil de celadores y guardianes.

El segundo cuerpo está destinado á las oficinas de la administración. En el extremo de la izquierda, está la gran cocina á vapor, la panadería y carnicería; en el de la derecha, el lavadero y el departamento de desinfección.

La sección penal, propiamente dicha, comprende siete pabellones: 2 pequeños con 52 celdas cada uno, y 5 grandes, con 120, distribuídas en dos pisos. El total de celdas es, pues, de 704, y este número bastaría para las necesidades actuales, si la Penitenciaría estuviera destinada solamente á recibir los condenados á penas graves; pero, desgraciadamente, la falta de cárceles apropiadas, obliga á mantener en ella á los penados por causas leves y aun á cierto número de simples procesados. Tal estado de cosas, que no se modificará hasta tanto no se construya en Buenos Aires la gran cárcel de prevención que corresponde á una ciudad de su importancia, en la cual se aplique á los detenidos, con todo rigor, las reglas de separación y profilaxia moral indispensables como base del tratamiento penal futuro;—esta situación, decía, perturba sensiblemente los servicios penitenciarios.

Por aquellas causas, la Penitenciaría alberga ordinariamente de 900 á 1,000 presos. Los condenados á las penas de presidio y penitenciaría, ocupan los cinco pabellones grandes; cada preso dispone de una celda de 4 metros de largo por 2.20 de ancho, y están sometidos en absoluto al régimen penitenciario ya indicado. Los condenados á la pena de simple prisión, ocupan el pabellón N.º 7; rige para los presos de esta clase, el mismo reglamento de los penados, en cuanto se relaciona con el trabajo y la instrucción, pero están alojados de á dos en cada celda, pueden recibir de afuera víveres suplementarios, no pierden el uso del nombre y tienen otras pequeñas ventajas relativas. Los encausados ocupan el pabellón N.º 6, en el cual han sido habilitados, además de las celdas, varios salones ó cuadras, donde se alojan en grupos de 25 hombres. Los encausados están separados de los condenados, pues como gozan todas las libertades compatibles con su condición legal de presuntos inocentes—¡la arcaica paradoja!—toda promiscuidad sería perniciosa para la disciplina; tienen escuela de primeras letras, exclusiva para ellos; patios de recreo, también especiales, y hasta pequeños talleres de carpintería y pintura, en que trabajan los que lo deseen, mediante retribución.

En pequeño, y en la medida que lo permiten las condiciones del local, se pone en práctica con los encausados un sistema de separación racional, que procura contrarrestar los peligros indiscutibles de la vida carcelaria. Los antecedentes de cada preso, la clase de delito de que está acusado, su edad, educación y posición social, son los factores que determinan la división por grupos, y se procura especialmente la separación de los reincidentes ó profesionales del delito, de los delincuentes ocasionales ó de primera entrada.

Como se ve, la construcción de los pabellones obedece al sistema radial, que si no tiene las ventajas, tan ingeniosas, pero á la vez tan

ingenuas, del panóptico de Bentham, es, á mi juicio, el orden más conveniente dentro del sistema celular mixto.

En el punto de conjunción de los pabellones, se encuentra, en el piso bajo, el Centro de Observación, que lo es en realidad para la vigilancia conjunta de los cinco cuerpos del edificio. Allí se hace la guardia permanente de empleados. El piso alto, está ocupado por la capilla.

Los edificios qué se ven en el extremo de los pabellones, están destinados para talleres y para la escuela, que ocupa todo el del pabellón N.º 4.

Estos locales, construídos de acuerdo con el concepto precario que en aquella época ya lejana se tenía sobre el trabajo en las cárceles, han resultado, con el andar del tiempo, reducidos é inadecuados para su objeto. Ultimamente se han realizado en algunos de ellos ampliaciones de importancia, para darles la capacidad y condiciones requeridas. Tal ha sucedido, por ejemplo, con el taller de imprenta, cuya sección de composición está instalada ahora en un salón que mide 13 metros de frente por 53 de fondo, en un solo plano. La planta baja de ese local está ocupada por las máquinas de imprenta y por el taller de encuadernación.

En cada uno de los ángulos posteriores internos del recinto amurallado, se encuentran las enfermerías: una para penados y otra para procesados. En el ángulo anterior de la izquierda, se está construyendo ahora un nuevo edificio para enfermería general, que reunirá todas las condiciones de un verdadero hospital, con seis salas, capacidad mínima para 60 camas y máxima de 84, y con las comodidades necesarias para reunir en ella todos los servicios sanitarios del establecimiento: consultorios, sala de operaciones, farmacia, laboratorio químico y bacteriológico, gabinete de odontología, electroterapia y radiografía, etc., etc.

En el otro ángulo se levantan los edificios ocupados por los talleres de carpintería, mecánica, herrería, fundición de hierro, hojalatería y generadores de vapor.

Todo el espacio libre entre los pabellones y entre éstos y la muralla, está aprovechado para jardines y quintas, que producen toda la hortaliza que consume el establecimiento. Entre los pabellones III y IV, se hallan las instalaciones de la escuela de jardinería y horticultura, invernáculos, glorietas, etc., y entre el I y II, la gran plaza de ejercicios físicos, á donde los penados de buena conducta concurren los días festivos, á hacer gimnasia, durante algunas horas.

Todas las dependencias del establecimiento, inclusive las celdas, están iluminadas á luz eléctrica; 2,200 lámparas incandescentes y 10 de arco voltaico, se emplean en ese servicio. Las máquinas de todos los talleres son también movidas á tracción eléctrica, por medio de 12 motores, que desarrollan 120 caballos de fuerza.

La superficie total de terreno ocupado por la Penitenciaría, mide 12 hectáreas: 122,000 metros cuadrados.

Las vistas que van á sucederse ahora, sobre el telón de las proyecciones, completarán la descripción que acabo de hacer á grandes rasgos, ilustrándola con sus notas gráficas.

Vista 2—Frente de la Penitenciaría.
» 3—Casa habitación del director.
» 4—La muralla.
» 5—Panorama que se divisa desde la Penitenciaría.
» 6—Puerta de entrada á la cárcel.
» 7—Cuerpo de guardia.
» 8—Cuadra de ídem.
» 9—Despacho del director.
» 10—Galería de acceso á la sección penal.
» 11—Centro de observación.
» 12—Altar de la capilla.
» 13—Detalle del techo de la capilla.
» 14—Vista de un pabellón.
» 15—Puerta de una celda.
» 16—Una celda.
» 17—Muebles, ropas y útiles de un penado.
» 18—Celda de penitencia.
» 19—Lavatorios.
» 20—Locutorios.
» 21—Cocina para presos.
» 22— » » empleados.
» 23—Depósito de víveres.
» 24—Panadería.
» 25—Lavadero.
» 26—Estufa de desinfección.
» 27—Generadores de vapor.
» 28—Camino de circunvalación.
» 29—Escuela de jardinería y horticultura.
» 30—Penados trabajando en una quinta.
» 31—Penados volviendo del trabajo.
» 32—Plaza de ejercicios físicos.
» 33—Frente de una enfermería.
» 34—Sala » » »
» 35— » » operaciones.
» 36—Laboratorio químico y bacteriológico.
» 37—Gabinete de odontología.
» 38—Gabinete de electroterapia, radiografía y radioscopía.
» 39—Farmacia.
» 40—Planos de la nueva enfermería (planta baja).
» 41— » » » » » (frente y planta alta).

II

Y ahora, señores, que conocemos aquella casa, veamos cómo se vive y lo que se hace en ella.

Los sistemas penales en los pueblos civilizados, evolucionan rápidamente, animados por el espíritu científico de nuestra época, hacia términos todavía no perfilados con la debida claridad. Las cárceles

modernas van perdiendo los caracteres siniestros que otrora las distinguían; ya no son—ó por lo menos, ya no deben ser—los lugares de tortura, donde la sociedad pretendía vengar las ofensas recibidas del delincuente. La pena ha perdido en la legislación y en las costumbres, su antiguo concepto de venganza, y hoy se la considera solamente como un instrumento de defensa indispensable para la convivencia social. De esa modificación fundamental del concepto de la pena, ha surgido, como lógica consecuencia, la diferencia radical en el modo de aplicarla. Se ha recorrido ya mucho camino... todo el que va, para no partir de demasiado lejos, desde las prisiones de Spielberg, cuyo recuerdo ha sido inmortalizado por Silvio Péllico, hasta el reformatorio de Elmira en los Estados Unidos de América—audaz concepción del espíritu yanqui—por más que queden en pie, como reproches vergonzosos, las fortalezas de Siberia, la pena ordinaria de azotes en Inglaterra y aun el ergástulo en Italia...pero no hablemos, señores, de instituciones cuyos días están contados y que la civilización ha de arrasar, en término más ó menos breve.

Todo sistema penitenciario que persiga la regeneración moral del delincuente, que es el ideal moderno, debe formarse, necesariamente, en los tres siguientes elementos principales: 1.° el régimen disciplinario; 2.° la instrucción educativa; 3.° el trabajo. Estos tres factores, aunque estrechamente vinculados y relacionados entre sí, concurren por separado al fin propuesto, y por eso es posible y conveniente estudiarlos aisladamente.

Obligado, como he dicho antes, á sintetizar mi pensamiento y amoldarlo á las exigencias del momento, voy á exponer brevemente la forma cómo son aprovechados y ejercitados aquellos elementos, en el establecimiento que me cabe el honor de dirigir.

Vista 42.—Leyenda: Régimen disciplinario.

El régimen disciplinario que impera en aquella casa, es severo, como corresponde á la naturaleza del instituto, pero á la vez es humano, y está basado en la más estricta justicia.

Quizá parezca paradojal lo que voy á decir, pero afirmo que es una verdad demostrada por la experiencia: el presidario tiene, por regla general, una noción clara y perfecta de la justicia y de la equidad—aunque á menudo no la aproveche para juzgarse á sí mismo—y distingue siempre, con rara sutileza, lo justo de lo injusto. Por eso la disciplina de una cárcel no debe ser ni excesiva, ni arbitraria, y por eso creo que debe empezar por ahí, precisamente, la educación moralizadora de los delincuentes.

La individualización del tratamiento, sería el ideal, porque permitiría someter á cada prisionero al régimen que más cuadrara á su propia idiosincrasia, pero es claro que en establecimientos de población numerosa como es aquél, la singularización de los métodos curativos, por llamarlos así, sólo puede hacerse en forma muy limitada y mucho más teniendo presente las dificultades con que se tropieza para obtener un personal subalterno idóneo, que secunde en todo momento la acción de las autoridades directivas.

La sumisión absoluta á los reglamentos, se impone desde el primer momento á todo detenido, con el mayor rigor, y se procura inculcarle, al mismo tiempo, el convencimiento de que mientras dure su condena, debe considerar anulada su voluntad, cuando ella pretenda contrariar los reglamentos ó las órdenes superiores.

El consejo y la persuasión, son los principales medios de que se hace uso para dominar al preso; los castigos corporales están abolidos en absoluto, y sólo se emplea como represión para las faltas graves, el encierro en celdas de penitencia, que puede durar hasta quince días y ser reagravado en casos excepcionales con la limitación del alimento á pan y agua, día por medio.

Aparte de esto, todo el mecanismo disciplinario se mueve alrededor de una sencilla combinación, que voy á explicar. Funciona permanentemente en la Penitenciaría un tribunal de conducta, formado por empleados superiores, que clasifica semestralmente á los penados teniendo en cuenta su comportamiento en todas las fases de la vida carcelaria y basado en las prolijas informaciones que le suministran los guardianes, celadores, maestros de taller y profesores, encargados de la vigilancia y enseñanza de cada preso. La clasificación de la conducta recorre una escala de seis grados y va desde la conducta *pésima* hasta la conducta *ejemplar*. Cada una de estas clasificaciones comporta al penado una serie de privaciones ó de ventajas, según retroceda ó avance sobre el término medio establecido. Las privaciones llegan hasta la reclusión celular permanente, con obligación del trabajo, y las ventajas consisten en el aumento de ciertas provisiones, en el uso de distintivos para los de mejor clasificación, en la concesión de visitas y otras libertades compatibles con el régimen carcelario, y llegan hasta la disminución anual de varios meses en el término de las condenas, acordada como gracia por el Poder Ejecutivo de la Nación, que ha prestado hasta ahora el más decidido apoyo á este sistema de reciente implantación, pero cuyos benéficos resultados aumentan día por día y confirman su bondad.

Esta combinación se basa en un principio de ética experimental: estimula el desarrollo de las propias fuerzas morales del penado, aplicadas al bien; las aviva con la promesa de recompensas, que aunque parezcan pueriles para un hombre libre, tienen gran valor para un cautivo; y procura, en definitiva, que los presos—hombres al fin y sometidos como tales al imperio de la ley natural de la costumbre—se habitúen insensiblemente al cumplimiento exacto de sus deberes, con la esperanza bien fundada de que al recuperar su libertad, continúen en la vida libre comportándose bien, por el hábito adquirido; ya que la costumbre es una fuerza, tan indiscutida como poderosa, en el proceso normal de la moralidad humana.

Trasuntando los métodos de Auburn, el reglamento primitivo de la Penitenciaría, que aún no ha sido oficialmente modificado, contiene la prescripción anacrónica del silencio perpetuo; pero esta regla, que considero absurda y anticientífica porque va contra las propias leyes

de la naturaleza, no ha sido aplicada jamás con aquel carácter, según mis investigaciones, y su cumplimiento sólo es exigido en los momentos en que es indispensable, por razones de orden y disciplina.

Aun cuando la materia no pertenezca en rigor á las cuestiones que estoy tratando, sino á las de administración y régimen carcelario, quiero hacer aquí, tan brevemente como me sea posible, algunas referencias al sistema de vida material á que están sometidos los penados, á fin de completar con estos datos la información sucinta que vengo haciendo.

La alimentación del preso es abundante y sana, á base de carne, como la de la población general del país, pero suficientemente variada para hacerla siempre apetecible. El pan blanco, de primera calidad, se fabrica en el mismo establecimiento y se distribuye fresco, á razón de 400 gramos por preso y por día.

La higiene más escrupulosa reina sobre las personas, los locales y las cosas, en todas las dependencias de la cárcel. A este respecto la exigencia superior es rigurosa, no sólo por razones de salud, sino también por motivos de educación, porque en muchos casos, conseguir que un preso recién ingresado aprenda á ser un hombre limpio, importa ganar la primera batalla contra los malos hábitos. Los baños y los demás servicios higiénicos son numerosos y están debidamente instalados. (1)

La ropa interior y el uniforme que usan los penados, se exhibe en la Exposición de Higiene y no tengo para qué insistir, por lo tanto, sobre sus condiciones, adecuadas al clima y á las estaciones del año.

La distribución del horario ha sido resuelta, previo detenido estudio, teniendo en cuenta las exigencias higiénicas y las del mejor aprovechamiento del día, tanto para el trabajo como para la instrucción. El horario varía según la época del año, pero, en término medio, las veinticuatro horas del día se distribuyen así en la vida ordinaria del preso:

Higiene, alimentación y breves intervalos de descanso . .	4	horas
Trabajo	9	»
Instrucción escolar	2	»
Tarea escolar en las celdas	1	»
Reposo	8	»

Dentro de su natural severidad, nuestro régimen disciplinario es, relativamente, blando y suave, y no puedo negar que para ciertos sujetos de espíritu anormal, profesionales empedernidos del delito, rebeldes congénitos, degenerados ó fronterizos, no produce, quizá, todos los efectos deseables. Por eso es que este sistema necesita, á ma-

(1) Funcionan en las distintas dependencias del establecimiento 116 letrinas, 97 orinales, 352 lavatorios y 151 baños. Las aguas servidas y materias fecales van á la red general de cloacas de la ciudad. El agua que beben los presos es la que provee el servicio común de aguas corrientes.

nera de complemento, ó el presidio de rigor en parajes apartados, como el de Ushuaia en la Tierra del Fuego, de que disponemos en la República Argentina, ó de una sección en la propia cárcel, construída especialmente para el régimen celular absoluto, en la que puedan ser mantenidos en riguroso aislamiento y bajo régimen especial, los condenados que fueran rebeldes al anterior tratamiento de suavidad; ya que la psiquiatría, á pesar de todas sus hermosas conquistas, no está habilitada aún para trazar, en muchos casos, «la línea imperceptible en que coinciden», como diría el poeta, «la clara luz» de la razón y «la nocturna sombra» de las degeneraciones psicopáticas, ni puede tampoco decir, con la debida certeza y oportunidad, cuándo es la Cárcel y cuándo el Manicomio, el lugar más apropiado para encerrar á determinados delincuentes.

III

Pasemos ahora al segundo factor enunciado: la instrucción educativa.

VISTA 43.—LEYENDA: «INSTRUCCIÓN EDUCATIVA».

Concurren á este propósito la escuela penitenciaria y los servicios del culto religioso: la primera opera sobre la inteligencia del preso, los otros sobre su sentimiento; y ambos procuran, aislada pero estrechamente combinados, nutrir á aquélla de conocimientos útiles y educar á éste para el arrepentimiento y para el bien.

La instrucción escolar es obligatoria para todos los penados. La edad avanzada ó la mala salud son las únicas causas en que se fundan los raros casos de excepción á esta regla. La asistencia media diaria de alumnos á las clases ha sido, en 1906, de 465 en la escuela de penados y de 82 en la de encausados.

La escuela está convenientemente instalada. Dispone de doce aulas, con capacidad mínima cada una para 50 alumnos; cuenta, además, con un gran salón para biblioteca, museo, conferencias y otros actos públicos, donde caben 450 personas, y todas las dependencias están dotadas de moblaje expresamente construído para ellas en los talleres de la casa.

Un director y quince profesores, todos maestros normales diplomados, ó especialistas en ramos determinados, tienen á su cargo la tarea didáctica.

La biblioteca para el uso de los penados cuenta con 1,600 volúmenes, escogidos con prolijidad para su objeto especialísimo. El número de libros leídos por los presos durante 1906 fué de 3,645.

La escuela penitenciaria, que funcionaba desde 1886, fué reorganizada y modificada fundamentalmente en su forma y en su esencia, en los comienzos del año de 1905, por medio de un notable decreto

del Poder Ejecutivo Nacional, cuyos extensos fundamentos constituyen un verdadero curso de ciencia penitenciaria, pues en él son estudiados profundamente y resueltos en forma científica y novedosa, todos los problemas relativos á la instrucción del delincuente, que hasta entonces no habían sido tratados, ni en la Argentina ni en ningún otro país—permítaseme hacerlo constar—sino teóricamente ó en forma empírica ó superficial.

«En consecuencia, dice uno de los considerandos de ese decreto « que mejor sintetiza el nuevo régimen, el concepto, desarrollo y eje« cución de las materias y actos relativos á la vida intelectual y afec« tiva del penado, dentro de la cárcel, deben dirigirse á levantar el « ánimo y fortalecer la voluntad, despertar el amor espontáneo del « trabajo por la virtud propia de las materias de estudio, por el atrac« tivo con que sean enseñadas en la escuela, por la unción con que se « comunique la idea religiosa, y por el interés que despierte en el es« píritu la obra realizada en el taller, de manera que vincule la inte« ligencia por la propia investigación y perfeccionamiento sucesivo. « Por ese medio llegará el penado á darse cuenta de las ventajas que « le reportará el trabajo por su utilidad y sus satisfacciones morales, y « entonces será cada vez mayor su afición y su asiduidad á las labo« res del día en el taller y en el aula, y la pasividad del trabajo obli« gatorio se convertirá poco á poco en una agradable y deseada tarea, « que contribuirá á alegrar el espíritu y reconciliarlo con la sociedad « culta y laboriosa, que por el delito abandonara...».

El mencionado decreto estableció el plan de estudios que se sigue en la escuela penitenciaria, apartándose de la práctica casi universal de referir la instrucción carcelaria á los programas de las escuelas elementales comunes, y organizó un plan de enseñanza eminentemente experimental, en armonía con las exigencias particularísimas que debía satisfacer.

Las materias del nuevo programa se dividen en tres grupos. Están comprendidas en el primero: la Lectura y Escritura, Idioma Nacional, Moral é Historia; en el segundo: la Aritmética, Geografía y Ciencias físicas y naturales; y en el tercero: la Caligrafía, Dibujo artístico é industrial, Escritura á máquina y Jardinería y Horticultura.

El mismo decreto establece las reglas fundamentales á que debe ajustarse el desarrollo didáctico de la enseñanza de aquellas materias, y por su parte la dirección de la escuela ha formado los programas analíticos correspondientes, obedeciendo á esas indicaciones fundamentales y ajustándose en lo posible al método cíclico concéntrico, que es el que mejor permite aprovechar los períodos escolares, por cortos que sean, en algunos casos.

La observación y la experiencia comprueban la buena voluntad, y aun el entusiasmo, con que los penados se dedican generalmente á la tarea de su propia instrucción, y es curioso observar la influencia plausible que ejerce sobre muchos de ellos el aumento progresivo de los conocimientos que van adquiriendo y la dilatación de los horizontes abiertos á sus inteligencias antes incultas. Podría citar, seño-

res, muchos ejemplos sugerentes, pero basta á mi propósito recordar el caso de un antiguo pescador, casi analfabeto al ingresar á la cárcel, y que ha preparado por sí mismo y leído últimamento en un acto escolar, después de cinco años de reclusión, una conferencia con proyecciones luminosas sobre el interesante tema «América precolombiana», trabajo de mérito que podría ser presentado decorosamente ante cualquier centro científico.

A la religión toca también desempeñar una acción proficiente en la educación de los penados. Es indudable que el sentimiento religioso es una de las cuerdas que más intensamente vibran y perduran en el alma delincuente; conviene, pues, utilizar este factor como elemento regenerativo, sin prejuicios ni propósitos dogmáticos que serían anacrónicos en nuestra época.

La asistencia á las ceremonias del culto religioso es enteramente facultativa, puesto que lo contrario sería violatorio de la libertad de conciencias. Esto no obstante, y á pesar de la heterogeneidad de la población carcelaria, puedo asegurar que la gran mayoría de los reclusos concurre, respetuosamente, á todos los actos que se celebran en la capilla, y que se rodean, deliberadamente, del mayor brillo y esplendor posibles. Se hace música y cánticos sagrados todos los días festivos, y en las ocasiones solemnes, son invitados á dirigir la palabra á los penados, oradores sagrados de nota, extraños al personal del establecimiento.

Atribuyo á la misión del sacerdote en las cárceles modernas, una importancia trascendental, si su acción humana y piadosa se desenvuelve con verdadero talento y cristiana unción. Nadie como él puede completar con mayor eficacia la educación moral de los delincuentes, abriendo sus espíritus al surco fecundo del arrepentimiento, apartando las sombras que la ignorancia y los malos hábitos hubieran acumulado, despertando, en fin, sus conciencias dormidas ó descarriadas, y modelando en ellas la imagen redentora del amor y del bien. Sólo en la obra civilizadora del misionero, fuente de tantas páginas de sublime belleza, encuentro el término de comparación que necesito para fijar con claridad mi concepto sobre lo que debe ser un capellán de presos.

En la siguiente serie de vistas luminosas se reproducen varias de las dependencias de la escuela penitenciaria y algunos trabajos prácticos de los alumnos penados del curso de dibujo industrial y artístico.

VISTA 44—Un aula de la escuela.
» 45—Sección del salón de conferencias y museo.
» 46—Otra sección del museo.
» 47—Biblioteca de penados.
» 48—Clase de escritura á máquina.
» 49—Clase de dibujo.
» 50—Dibujos—carpintería.
» 51—Dibujos de máquinas.

Vista 52—Dibujos—cañerías
» 53—Dibujos—ornato.
» 54—Pinturas—acuarelas.
» 55—Oleos.

IV

Llegamos, por fin, señores, al tercero y último de los elementos constitutivos del régimen penitenciario moderno: el trabajo.

Vista 56—Leyenda: «El trabajo».

De cualquier punto de vista que se le considere, el trabajo es, quizá, el más importante y eficaz de todos los medios de que hoy por hoy se puede hacer uso para alcanzar los fines regeneradores que persigue la penalidad, y forma, con la disciplina y la instrucción educativa, la trilogía básica de todo sistema de reforma.

El trabajo es, ante todo, la ley natural ineludible á que está sujeta la humanidad, y resulta, por lo tanto, tan absurdo como injusto, admitir ó consentir su transgresión, precisamente á los que por sus propias culpas, han agraviado á la sociedad y echado sobre ella todo el peso de su custodia y mantenimiento, sin exigirles, siquiera sea como mínima compensación, una porción de esfuerzo y de producto, en beneficio del producto común. Esto, por lo que respecta á la fase filosófica de la cuestión y al deber—ya que el derecho no puede ser discutido—que tiene el Estado de imponer la obligación del trabajo á los pobladores de sus cárceles. Pero el trabajo tiene todavía ventajas y funciones importantes, de diversa naturaleza, que voy á examinar.

El ideal del régimen carcelario es mantener absorbidas en preocupaciones honestas y provechosas todas las facultades del penado y sus actividades físicas, durante la mayor parte del tiempo posible. Son evidentes las razones de orden higiénico y moral en que se funda esta premisa, como lo es también la afirmación de que sólo el trabajo manual apropiado á las condiciones personales de cada preso, puede satisfacer aquella exigencia.

Por otra parte, la enseñanza de un oficio al delincuente que no tiene ninguno, ó la perfección en el suyo al que era ya artesano en la vida libre, importa poner en sus manos un arma de defensa, y habilitarlo, por lo tanto, para un triunfo más fácil en la lucha á veces encarnizada de la existencia, en la que tantos sucumben, perdiendo en ella la vida, el honor ó la libertad.

El trabajo de las cárceles, en la forma en que se realiza en la Penitenciaría Nacional de Buenos Aires, permite, además, retribuir la labor de cada preso, sin mayor recargo para el erario, y formar con esa retribución, ó bien un fondo de peculio propio que sirva al penado para sostenerse en los primeros y difíciles tiempos de la liberación, ó bien aportar recursos, reducidos pero no despreciables, para el sos-

tenimiento de sus parientes próximos indigentes, víctimas expiatorias de su extravío. Y con esta distribución del peculio se ejercita, señores, por otra parte, en una de las formas más prácticas y eficientes, por un lado la caridad, y por otro, la prevención misma del delito, evitando miserias y abandonos, que son, como es notorio, caldo de cultivo para la prostitución y para el crimen.

El trabajo de las cárceles debe ser productivo, aun cuando no sea el rendimiento material su principal objetivo. Razones elementales de economía y buena administración, por una parte, y por otra, razones de orden moral mucho más elevado, justifican esta opinión. «*The hard labour*» de las prisiones inglesas, que consiste en la tarea de saltar durante muchas horas sobre los peldaños de una rueda en movimiento, bajo pena de romperse un hueso al menor descuido, ó en transportar incesantemente de un lado para otro una bala de cañón, es un resabio de barbaries medioevales..... y el sistema seguido en Elmira, de destruir la obra de los talleres del reformatorio, para no hacer concurrencia á la industria libre, me parece, sencillamente, un gravísimo error. En estas jóvenes naciones de la América latina, cuyas fuentes principales de riqueza brotan del suelo fecundo y virgen, la manufactura carcelaria no puede constituir jamás un motivo de alarma para la industria privada, y aun en este caso sería ridícula pretensión la de negar al Estado el derecho de aprovechar el trabajo de los condenados que él sostiene, para ejecutar obras destinadas al servicio público. Con esta limitación, las ventajas materiales del trabajo de las cárceles, no pueden ser, á mi juicio, honradamente discutidas.

Para que el trabajo de un hombre, libre ó preso, rinda los beneficios morales que le son inherentes, es necesario que su tarea esté destinada á ser útil. Una labor que de antemano se sabe estéril, tiene que ser, para quien la ejecuta, una carga pesada y odiosa; el entusiasmo por el trabajo, el cariño por la obra comenzada, el anhelo por su perfección, sólo son concebibles en el espíritu del artista ó del obrero que lleva á cabo una tarea provechosa. Lo contrario sería equiparar á la inconsciencia de la máquina de hierro, la acción del músculo, que sólo se mueve por el divino soplo que le transmiten el alma y la inteligencia....

La Penitenciaría Nacional tiene veinticinco talleres de artes y oficios diferentes. Una parte de ellos trabaja exclusivamente para las necesidades del establecimiento, pero la mayoría y los más importantes, elaboran productos para las distintas reparticiones nacionales, provinciales ó municipales. Variadas muestras de esos productos son exhibidos en la Exposición de Higiene, y esta circunstancia me ahorra la tarea de referirme á su calidad, perfeccionamiento de elaboración y economía de precios.

Las siguientes cifras, tomadas de los balances correspondientes al ejercicio del año pasado, dan idea de la importancia material del trabajo penitenciario.

El valor real de los productos elaborados y obras ejecutadas en los talleres, fué en 1906, de $ m/n. 692,765. El costo de la materia prima empleada en ellos alcanzó á $ 289,084, obteniendo el fisco, por lo tanto, un beneficio de $ 403.680, de los cuales, $ 71,002 ingresaron á la caja del establecimiento, para atender al pago del peculio de los presos y gastos de ensanche y mantenimiento de los talleres, quedando un saldo de $ 322,677, como utilidad líquida para el fisco.

Durante el mismo año han sido liquidados á favor de los penados $ 36.761 en concepto de peculio y han sido abonados en efectivo $ 28,744, á las familias de los presos, y á los penados mismos que salieron en libertad.

Conocidas estas cifras, quiero darme, señores, la satisfacción de agregar, que no hay cárcel alguna en el mundo, donde el trabajo alcance la extensión y la importancia que tiene en la Penitenciaría de Buenos Aires, ni que produzca al Estado mayores utilidades materiales, pues siendo el presupuesto total anual de la cárcel de $ 467,124, hemos visto que los talleres han producido en 1906 un beneficio líquido de 332,677, lo que representa aproximadamente el 72 % de aquella suma.

En cuanto á los beneficios de otro orden, son numerosos los casos en que por intermedio de la oficina encargada del patronato de los excarcelados, anexa á la administración penitenciaria, ó por sus propias gestiones, los ex penados obtienen inmediatamente de salir en libertad, ocupaciones ampliamente retribuídas en el arte ú oficio aprendido durante la reclusión. No quiero abusar de la atención de mi auditorio, con la exposición de cifras, ni la relación de hechos, que podría hacer sin esfuerzo, pero sí quiero mencionar, como un ejemplo, el caso reciente de un homicida pasional, pintor de brocha gorda cuando ingresó á la cárcel, hace seis años, que aprendió en ella el arte del fotograbado, que fué indultado por su conducta ejemplar, el primer día de este año, y que gana actualmente 330 pesos mensuales de sueldo, ejerciendo su nueva profesión en una oficina técnica nacional y en alguna revista ilustrada de vasta circulación.

Hagamos ahora, señores, una rápida excursión por los talleres penitenciarios:

VISTA 57—Imprenta «sección composición».
» 58—Imprenta » máquinas».
» 59—Imprenta » máquinas».
» 60—Encuadernación.
» 61—Idem, sección dorados.
» 62— » » máquinas dobladoras.
» 63— » » libros en blanco.
» 64—Sastrería.
» 65—Zapatería «sección máquinas».

VISTA 66—Zapatería «sección aparado».
» 67— » » hormas».
» 68—Litografía » máquinas».
» 69— » » prensas».
» 70—Fotograbado.
» 71—Galería fotográfica.
» 72—Fundición de hierro y bronce.
» 73—Taller mecánico.
» 74—Herrería.
» 75—Hojalatería.
» 76—Carpintería «sección máquinas».
» 77— » » obras».
» 78—Material exhibido en la Exposición Internacional de Higiene.
» 79—Cuadro gráfico demostrativo del trabajo penitenciario en 1906.

Señores:

En el transcurso de esta conferencia, he ido emitiendo observaciones y juicios concretos, sobre las diversas cuestiones en ella tratadas. Para formularlos, he tenido en vista el objeto práctico de este trabajo, que no es otro, como lo dije antes, que el de contribuir modestamente al estudio del problema penitenciario en los países de nuestra América, cuyas especiales condiciones de raza, de medio social, de clima y aun de economía he procurado tener presentes en todo momento. Aquella circunstancia hace, desde luego, innecesaria la condensación de mis opiniones en una serie de proposiciones finales, que serían, sin duda, redundantes, y me permite poner término á este acto, con la afirmación, categórica, porque nace de convicciones profundas, de que la reforma de los delincuentes no es una utopía, como lo pretenden algunos espíritus escépticos, ni una vana esperanza, sino una realidad, un hecho evidente, una verdad demostrada por la experiencia, y que, si bien es cierto que en el proceso de su desenvolvimiento se sufren á menudo reveses y desengaños, también lo es que se obtienen muchos triunfos halagadores, que estimulan y dan fuerzas para continuar sin desmayo una tarea que es obra de civilización y de humanidad.

He terminado.



EDIFICIO DE LA EXPOSICIÓN INTERNACIONAL DE HIGIENE

EXPOSICIÓN INTERNACIONAL DE HIGIENE

ANEXA AL TERCER CONGRESO MÉDICO LATINO-AMERICANO

Comité Ejecutivo

Doctores:	José Scoseria	Presidente.
	Joaquín Canabal	Vocal.
	Gabriel Honoré	»
	E. Fernández Espiro	»
Arquitecto:	Juan P. Gianelli	»
Profesor:	Luis Morandi	»

Delegados del Comité

Doctor: Ernesto Fernández Espiro.
» Gabriel Honoré.

Oficial de Secretaría: Alberto López.

Programa y Reglamento de la Exposición

(Véanse las páginas 15 á 21 de este volumen)

Inauguración de la Exposición

La Exposición de Higiene anexa al Tercer Congreso Médico Latino-Americano fué inaugurada el 27 de enero de 1907 á las 8 30 p. m.

La ceremonia de la inauguración dió lugar á una interesante fiesta, en la cual hicieron uso de la palabra el señor Ministro de Relaciones Exteriores, doctor don José Romeu, en representación del Poder Ejecutivo; el señor Director de Salubridad, doctor Enrique Figari, y el señor Presidente del Comité Ejecutivo, doctor José Scoseria.

El edificio de la Exposición, construído especialmente para ese objeto por el Comité Ejecutivo del Congreso, bajo la dirección y según los planos del arquitecto señor Tosi, está situado en el Parque Urbano, uno de los más interesantes de Montevideo, tanto por su belleza como por su situación próxima al balneario de la Playa de Ramírez. El conjunto arquitectónico del pabellón central de la Exposición tiene cierta semejanza con el palacio que en la última Exposición de Milán se destinó á ese mismo objeto. En sus inmediaciones se hallaban diversas instalaciones anexas, entre las cuales descollaban las de la Dirección de Salubridad de Montevideo.

Insertamos á continuación los discursos á que hemos aludido más arriba, pronunciados en el acto de apertura de la Exposición:

Discurso del señor Ministro de Relaciones Exteriores, doctor don José Romeu

Los pueblos de la América latina, respondiendo al genio y á las tendencias de su raza, prosiguen con firmeza su camino hacia el progreso, con el mismo ahinco con que se dedican al estudio de las ciencias y al perfeccionamiento de su educación política.

Nacidos á la vida de los pueblos libres con la vitalidad propia de los organismos jóvenes, con la exuberancia de sus tierras vírgenes, con la riqueza de sus producciones y con las ansias de libertad, que armonizaron sus condiciones étnicas y sus instituciones democráticas, pugnan ya por abrirse paso en el concierto universal de la labor científica para aportar noble concurso á las energías desplegadas por las naciones que marchan á la cabeza de la civilización.

Y así, desde los confines de Méjico, hasta las tierras polares antárticas, ya estableciendo observatorios y universidades, ya instalando laboratorios y museos, ya promoviendo congresos y exposiciones, va el genio de nuestra raza plantando jalones de sabia investigación para marcar derroteros conducentes al dominio de la ciencia y á la libre expansión del pensamiento, ansioso siempre de fomentar el progreso, de conocer la verdad, de explorar lo desconocido, de explicar los enigmas más ocultos y los fenómenos más complicados de la Naturaleza.

A impulso del movimiento progresista del siglo XX, el mundo científico latino-americano se agita y se acrecienta con vigoroso empuje, á la vez que las manifestaciones intelectuales de este Continente tienden á borrar fronteras, á constituir la ciencia pan-americana y á confundirse con la ciencia universal. No obstante esas vinculaciones y tendencias, los elementos estudiosos de estos países,—factores extraídos de comunidades políticas que á pesar de sus evidentes progresos no han alcanzado todavía la edad madura en el concierto de las naciones,—los elementos ilustrados de los pueblos latino americanos, en una palabra, no han gozado aun de los recursos, ni del tiempo, ni de la tranquilidad de espíritu necesarios para desarrollar en toda su amplitud el medio propicio, el ambiente productor de grandes y fecundos descubrimientos; pero acumulando esfuerzos, aunando voluntades y contando con la cooperación de gobiernos ilustrados, el Continente americano ha de concurrir y concurrirá en lo sucesivo con elementos de progresiva importancia á la cultura intelectual y al movimiento científico del Universo.

Las colectividades humanas de remotos tiempos elevaban templos á la sabiduría y divinizaban sus manifestaciones.

Ahora, en la esfera modesta de las actividades nacionales y de acuerdo con las tendencias del espíritu moderno, la República Oriental del Uruguay invita á las naciones latino-americanas á tomar parte en el Congreso Médico, que en breve debe reunirse en este recinto,—templo destinado á la discusión científica, erigido á la fraternidad internacional con aspiraciones al beneficio de la humanidad y del progreso.

Su Comité organizador ha tenido la feliz idea de preparar, como anexo á dicho Congreso, la Exposición de Higiene que hoy inauguramos. digno complemento de las proyecciones de tan interesante conferencia; y sus esfuerzos no han sido vanos, porque, aparte de los elementos locales, las instituciones y manufacturas extranjeras, aun algunas de diversas y lejanas partes del mundo, han querido salvar las distancias para elevar en torno de este recinto pabellones repletos de artefactos concurrentes á los fines que se propuso el Comité organizador de la Exposición de Higiene.

Su labor se desarrolla por cierto en un medio adecuado, puesto que las tablas de mortalidad formuladas con el prolijo trabajo y esmerada exactitud requeridos por la estadística comparada, no sólo colocan á la ciudad de Montevideo en lugar privilegiado, sino que también demuestran los progresos que la Higiene pública ha realizado

en esta Capital, á la vez que pugna por extender sus beneficios á las demás regiones de la República. Clima templado y apacible, brisas vespertinas que moderan los ardores del sol estival, tierras donde jamás caen copos de nieve, suaves ondulaciones tendientes á reunir las aguas en corrientes fertilizantes para la campiña y auxiliares poderosas de la higiene en el casco urbano, amplias calles, aire libre, casas espaciosas, hermosos parques, moderada densidad de población,— todo se reune para proporcionar saludable y cómoda existencia á los habitantes de esta Capital.

A los fines de la Higiene pública no bastan, sin embargo, las condiciones naturales de las localidades habitadas por aglomeraciones humanas; y por extraordinariamente favorables que tales condiciones puedan presentarse, corresponde á los Poderes nacionales ó municipales intervenir en la construcción de las habitaciones, en el suministro de aguas potables, en las condiciones bromatológicas de los pueblos, en la preservación de las enfermedades endémicas é importadas, y en la multitud de servicios públicos que la Higiene moderna vigila, transforma y salubrifica, de acuerdo con los progresos científicos, base característica de los adelantos correspondientes al siglo en que nuestras actividades se desarrollan.

Para todo ello ofrece la Exposición de Higiene elementos de estudio y comparación á la sabia meditación de los hombres que con noble altruismo y considerable caudal científico dedican su hermosa labor al beneficio de la humanidad y al progreso de la República.

Como ciudadano uruguayo, como médico y como funcionario público, en el acto á que asistimos felicito sinceramente á los organizadores de este concurso; y á nombre de Su Excelencia el Presidente de la República, declaro inaugurada la Exposición de Higiene anexa al Congreso Médico Latino-Americano.

Discurso del señor Director de Salubridad, doctor don Enrique Figari

Este acto con que Montevideo inaugura hoy su primera Exposición Internacional de Higiene, marca una etapa en la historia de nuestro progreso científico. Su importancia se desprende de la trascendencia de lo que abarca el vasto programa de la Higiene; y si las exiguas proporciones de nuestras instalaciones hicieran dudar de la influencia que pueda tener en el porvenir, bastaría, para desechar esa duda, el pensar que los capítulos que forman el cuerpo de doctrina de

aquella importante rama de las ciencias naturales interesan igualmente á todos los miembros de la escala social, desde el más humilde de los obreros, hasta el intelecto privilegiado que elabora las ideas superiores y directivas de la sociedad.

Su acción se extiende más ó menos directamente hasta imponer su influencia en los actos colectivos de las sociedades, porque de sus prácticas benéficas se obtiene no sólo la salud corporal de cada individuo y su energía física, sino la energía moral y la elevación de espíritu que da la conciencia de la propia fuerza, haciendo así á los pueblos sanos, que son los solos pueblos fuertes, que son los solos que pueden marcar sus propios derroteros en la conquista del ideal, y no ser llevados pasivamente por las corrientes en los cauces que los débiles reconocen demasiado tarde haber contribuído á formar.

Sus preceptos han sido incorporados, en las sociedades primitivas, á los dogmas religiosos, como sucedía en los pueblos judaicos y en los de la India, porque así sólo podían hacerse observar á aquellas agrupaciones supersticiosas; los griegos y los romanos la practicaron con fe en el culto de la inmortal Belleza; sus creaciones confunden y extasían el alma del artista; ahí están escritos en todos nuestros códigos, porque la suprema verdad penetra en todas las inteligencias y su feliz fruto se saborea.

Sin embargo, una diferencia grande se observa, si se le compara con los progresos que han hecho otras ramas del saber humano. La Higiene, que ha sido materia de estudio y de reglamentaciones superiores en todos los pueblos según su manera de comprenderla, ha ido conquistando palmo á palmo sus posiciones, con una lentitud sólo explicable por la obscuridad de las leyes naturales que deben estudiar y favorecer. La electricidad, por ejemplo, ha hecho en cambio un camino fantásticamente largo en el tiempo que se le estudia y su porvenir parece tal á la humanidad, que nadie se atreve á soñar siquiera en el muro que hubiera de detenerla.

¿Por qué esta diferencia? Porque ésta ha tenido despejado todo el campo de la acción para extender tranquila y poderosamente todas sus creaciones, mientras que la Higiene ha tenido y tiene que vencer los errores seculares, las tradiciones y las supersticiones que forman parte de la masa casi inconmovible de la rutina, el enemigo peor de todos los progresos.

Mucho se ha hecho ya, y el mundo lo agradece aclamando sus éxitos. La disminución considerable de mortalidad infantil que hace así más abundante la semilla de las sociedades futuras; el aumento

del promedio de la duración de la vida humana; la disminución de la morbilidad y de la mortalidad; la tranquilidad pública ante la amenaza de una epidemia en los pueblos civilizados que han borrado de sus diccionarios la palabra *prudencia*, son hechos conquistados y que han de ir progresando indefinidamente, haciendo más aceptables cada vez las imposiciones de las medidas públicas de profilaxis, contra las cuales hay á menudo un primer movimiento de protesta, como para la defensa instintiva de una libertad que se cree legítima, ó de una tradición que se cree benéfica.

Estos resultados y estas esperanzas hacen que nuestra Exposición de Higiene interese á todos de la manera más halagadora; porque todos los que la frecuentan, aún los menos curiosos por los problemas que la ocupan, recibirán algo de sus benéficos reflejos, como se recibe siempre provecho de la proximidad de la ciencia, aún cuando en este caso su brillo no sea tan atrayente como la inteligencia genial que subyuga, ó la divina obra de arte que llena de serenidad el espíritu.

Esta difusión de luces justifica el procedimiento empleado para la generalización de los preceptos higiénicos, haciendo de estas enseñanzas acontecimientos de doble carácter, social y científico, que al mismo tiempo que da una medida de nuestro nivel mundano, da la de nuestra altura por la ciencia y nos permite decir que seguimos animosos sus pasos, demostrando con razones y con hechos, que cumplimos con entereza la ineludible ley del trabajo que los tiempos modernos imponen á todos.

Discurso del señor Presidente del Comité Ejecutivo, doctor don José Scoseria

Señores:

Al atreverme á solicitar vuestra atención por breves instantes, no me propongo trazar,—ni siquiera á grandes rasgos,—la historia de la Higiene y sus progresos. Habría de recorrer para ello la historia de la humanidad: en sus orígenes á orillas del Ganjes y del Nilo, en la India y en el Egipto hallaríamos los más hermosos preceptos higiénicos impuestos á la ignorancia de los pueblos como revelación de la divinidad en los libros sagrados; en la Grecia antigua, cuna de arte, creadora de dioses, veríamos rendir culto á Higea, hija de Esculapio, en suntuosos templos; en la Roma de los Césares contemplaríamos sus acueductos, sus termas y sus cloacas, las más colosales

obras de higiene urbana realizadas por el esfuerzo humano; y si pretendiéramos abarcar el conjunto de sus progresos, sería necesario estudiar la evolución de las ciencias médicas desde los aforismos de Hipócrates hasta las doctrinas de Pasteur.

No sería esta la oportunidad ni el sitio para hacerlo, ni bastarían para ello mis esfuerzos, y si lo intentara, lo que debiera ser un himno al progreso humano, sería en mis manos una monótona enumeración de hechos, fechas y nombres.

Pero, si me está vedado entrar en ese campo, es mi deber, en representación del Comité que ha organizado esta Exposición y me honró con su presidencia, decir algunas palabras que expliquen y justifiquen la realización de este acto y la decidida cooperación que los Poderes públicos han prestado á su éxito.

No hace muchos años, sólo cuatro ó cinco décadas, era limitadísimo el campo de acción de la higiene: pocas é incompletas nociones sobre alimentos, vestidos, aire, suelo y agua (*ingesta*, *applicata*, *circunfusa* de los antiguos higienistas), constituían el dominio de la higiene privada; y en la pública: provisiones de agua potable, alejamiento de aguas servidas, higiene industrial, defensa contra las enfermedades contagiosas y las epidemias exóticas por medio de cordones sanitarios y de cuarentenas, eran las cuestiones que absorbían casi por completo la actividad de los higienistas sin alcanzar soluciones satisfactorias.

Pero los trabajos de Pasteur señalan en el progreso de las ciencias biológicas el principio de una etapa que convulsiona y rehace todo lo antiguo. El conocimiento de la causa de las enfermedades y de los vehículos y medios de contagio crea una higiene nueva. Así como los estudios sobre la *pevrina* y la *flacherie* salvaron de la ruina á la industria de los gusanos de seda, así el conocimiento de los gérmenes de las enfermedades infecto-contagiosas salvó á la humanidad del azote de las pestes que la diezmaban en siglos pasados.

Ya no se vió en la enfermedad un destello de la cólera divina, ni la influencia de los astros ó de espíritus maléficos: cada enfermo es un caído en la lucha por la vida, es un caído que lleva en sí y reproducirá el germen que hará caer á otros. Y de esta verdad nace el moderno concepto de la higiene: es necesario levantar al caído, no sólo por caridad, sino también por interés de la comunidad cuya existencia peligra por causa de él.

Al puro sentimiento de la caridad se añade y lo fecundiza un fin de defensa social; y este concepto nuevo es el que hace necesaria la intervención del Estado en la aplicación de los preceptos higiénicos.

Hasta donde puede llegar la acción personal, el individuo se defiende: cuidará de su higiene corporal y así mantendrá en buen estado los medios naturales de defensa de su organismo; beberá agua filtrada, y evitará la tifoidea; se vacunará, y evitará la viruela; pero esto no basta: ¿cómo impedirá que sea importado un caso de cólera ó de peste, que se propague una epidemia de escarlatina ó de sarampión, ó que un tuberculoso disemine por todas partes los gérmenes de su enfermedad?

En estos casos es necesario que el Estado proteja á la colectividad limitando la libertad del individuo «*Salus populi suprema lex est*»: la salud del pueblo es la suprema ley, y esta ley suprema es la que justifica y consagra la intervención del Estado, pues sólo él posee medios eficientes para obligar al cumplimiento y respeto de las prescripciones higiénicas que dicte en salvaguardia de la salud pública.

Esto no significa renegar de la acción privada en la lucha por la defensa colectiva. Al contrario, ella debe ser estimulada como un poderoso instrumento de combate. Las ligas contra el alcoholismo, de protección á la infancia, y entre nosotros la benemérita Liga contra la Tuberculosis, dicen bien alto con hechos, mejor que cuanto pudieran expresar mis palabras, cómo la acción privada bien dirigida es una eficaz ayuda del Estado en esta obra de defensa social.

Tiene, además, la iniciativa privada otra faz de su acción que no es menos importante. El dispensario antituberculoso vale más por lo que enseña que por lo que cura; es una escuela práctica que enseña al tuberculoso y á los que lo rodean á cuidarse, á no perjudicar á los demás diseminando la enfermedad, y á precaverse de ella.

Esta enseñanza práctica es la que se necesita vulgarizar, difundir entre el pueblo, no sólo en cuanto al tuberculoso se refiere, sino con relación á todas las ramas de la higiene pública y privada.

Hay que enseñar higiene al pueblo. Éste generalmente confunde la higiene con la terapéutica, y no se da cuenta de la importancia que tienen para la conservación de su salud una infinidad de pequeños y grandes factores, cuya influencia sobre ella no ha soñado siquiera. Las condiciones atmosféricas; el emplazamiento, orientación y cubaje de su habitación, su aireación y distribución de cañerías, los materiales de que está construída; el aire que respira, el agua que bebe, los alimentos de que se nutre; el vestido que cubre su cuerpo, el trabajo á que se dedique, el ejercicio ó el reposo, todo ello va á influir sobre su salud, y es necesario que conozca estas influencias y sea capaz de saber cuáles son benéficas y cuáles perjudiciales, para poder utilizar unas y sustraerse á la acción de las otras.

A esta función educadora responden las exposiciones de higiene. Enseñar objetivamente la higiene con «lecciones de cosas». Interesar al pueblo en el éxito de ellas, multiplicarlas y especializarlas, estimulándolo á visitarlas y á estudiarlas en todos sus detalles; pues no habrá ninguno de éstos que siendo bien apreciado no suministre alguna noción útil.

Los griegos dieron á Esculapio, padre de la Medicina, una hija, y ésta fué la diosa Higea. La higiene es hoy con mayor razón la síntesis de todas las ciencias médicas, y la historia de sus progresos, decíamos al empezar, es la historia de la humanidad. Porque no tan sólo las ciencias biológicas forman la fuente de donde surgen todas las enseñanzas de la higiene; ella pone á contribución la física, la química, la meteorología, la geología, la historia, la estadística, la economía política, y no hay conocimiento humano que ella no utilice; como si hacia su objeto primordial—conservación de la salud y la vida—concurrieran como á un solo punto, de diversas direcciones, todas las ciencias que se dividen la actividad del humano cerebro, Deja ya de ser la higiene una ciencia médica para ser una ciencia social, la ciencia social por excelencia, pues está llamada á resolver la más importante de las cuestiones que interesan á la humanidad: la salud del pueblo.

La antropología y la historia de consuno demuestran que no hay en la especie humana razas superiores destinadas á una perenne supremacía, ni razas inferiores condenadas á una inferioridad irremisible. Parodiando á Spencer, que ha dicho que el porvenir es del pueblo que mejor alimente á sus obreros, puede afirmarse que el porvenir es de los pueblos que por una higiene bien aplicada, preparen generaciones más robustas, física é intelectualmente mejor desarrolladas.

Señores: En las carillas que acabo de leer están mal, pero sinceramente expresados los móviles que impulsaron á un grupo de personas de buena voluntad á preparar la realización de esta Exposición de Higiene. No ha sido posible llegar hasta donde nuestro entusiasmo soñaba. Las dificultades materiales no se remueven con buenos deseos. Esperamos que se juzgará con benevolencia el resultado alcanzado.

Queda inaugurada la Exposición de Higiene anexa al Tercer Congreso Médico Latino-Americano.

He dicho.

Funcionamiento de la Exposición

Durante el tiempo que permaneció abierta la Exposición, fué visitada por un numeroso público, que hizo justicia al mérito de las instalaciones de las corporaciones nacionales y extranjeras.

Durante todo el mes de abril, fué visitada por los alumnos de las escuelas públicas, en unión de sus respectivos maestros.

En las noches de verano se celebraron en el local de la Exposición amenas fiestas sociales, con asistencia de distinguidas familias de la sociedad montevideana.

El Excmo. señor Presidente de la República, doctor Claudio Williman, acompañado de su distinguida familia, hizo una detenida visita, en la cual fué acompañado por los miembros del Comité Ejecutivo y las señoras de la Comisión de Damas.

La clausura se verificó en los últimos días del mes de mayo.

CATÁLOGO GENERAL DE LA EXPOSICIÓN

Nómina de los expositores y objetos expuestos

SECCIÓN CIENTÍFICA

Dirección de Salubridad. (Montevideo)

DIRECTOR: DOCTOR ENRIQUE FIGARI

Sección Científica. 1.º La Casa insalubre y la Casa salubre, firmado por el ingeniero Millot-Grané.—Este trabajo comprende: *a*) Un *chassis* conteniendo cinco planos en los que se describen las instalaciones sanitarias domiciliarias de Montevideo; *b*) Un Proyecto de Reglamento relacionado con esas instalaciones; *c*) Dos maquetas en yeso reproduciendo los planos indicados en la letra *a*; *d*) Artefactos

sanitarios que prescribe dicho Reglamento, á saber: 1.º Sifón desconector de gres inglés, 2.º Pileta sifoide para patio; 3.º Cámara de gres inglés con inspección para las curvas; 4.º Rejilla para fachada, que permite la entrada del aire á la cañería principal domiciliaria; 5.º Cámara de hierro pesado con inspección para las curvas; 6.º Cámara de hierro pesado con inspección para empalme, de la tubería de bajada de los W. C. altos, con la cañería principal domiciliaria; 7.º Cámara de hierro liviano para empalme de la cañería principal domiciliaria, con la tubería de ventilación; 8.º Tubo para empalmes en ángulo recto de pequeñas cañerías; 9.º Canaleta recta para cámara de visita; 10. Tubo para la cañería principal domiciliaria y sus ramales; 11. Canaletas curvas para cañería de visita; 12. Cámara de inspección de gres inglés para empalmes dobles; 13. Tapa de hormigón para el cierre hermético de una cámara de visita; 14. Marco y tapa de hierro para una cámara de visita; 15. Tubos que se usan actualmente en las cañerías domiciliarias; 16. Tubo de hierro fundido para la cañería principal domiciliaria cuando cruza por debajo de las habitaciones; 17. Tubos de hierro fundido para el servicio de ventilación.—2.º Plano Sanitario de la Ciudad de Montevideo, firmado por el ingeniero Millot-Grané. Es este un plano en escala de 1 : 2,500 en el que se ubican la red de colectores públicos y de cañerías de aguas corrientes y de gas; todos los locales insalubres (2,700) reglamentados y fiscalizados por la Dirección de Salubridad; alojamientos de carácter colectivo, establecimientos y oficinas sanitarias, baños públicos, arbolado, etc., etc.—3.º Saneamiento de los Pocitos. Plano de la nivelación, referida al cero oficial, de la cuenca que sirve de asiento al pueblo de los Pocitos, firmado por el ingeniero Millot-Grané.—4.º Proyecto de saneamiento de los Pocitos, firmado por el ingeniero Vicente García. Este trabajo comprende los planos que se detallan á continuación, y que se refieren á una red de colectores y cañerías que se proyecta para el pueblo de los Pocitos: *a)* Plano de detalles en escala de 1 : 2000; *b)* Plano general en escala de 1 : 5,000; *c)* Plano de perfiles longitudinales de los colectores; *d)* Plano de perfiles transversales de los colectores; detalles de bocas de tormenta, pozos de registro y tanques de limpieza.—5.º Deshollinador higiénico, denominado «El Uruguayo», aparato ideado por el agrimensor Bottaro, cuyo objeto es evitar el esparcimiento del hollín que se desprende de las chimeneas.—6.º Proyecto de Lavadero modelo para los Pocitos. Comprende los planos siguientes: *a)* Alzada y planta del edificio; *b)* Detalles de las piletas.—7.º Plano donde se describen los tipos ofi-

ciales de aljibes y depósitos para letrinas.—8.º Plano donde se describen los tipos de Porquerizas, de acuerdo con el Reglamento Municipal.

Servicio de desinfección

9.º Plano de la planta principal de la Casa de Desinfección.—10. Plano que demuestra la extensión que abarca el servicio de desinfección en la ciudad de Montevideo.—11. Cuadro conteniendo 18 vistas fotográficas del frente é interior del edificio, y de las diferentes secciones y servicios de la Casa de Desinfección.—12. Cuadro estadístico de los diferentes servicios efectuados durante el período de 1893 á 1906.—13. La Fiebre tifoidea en Montevideo. Ensayo de demostración de la influencia de la lluvia y la temperatura combinadas. Estudio del doctor Gabriel Honoré (año 1894).—14. La Viruela en Montevideo. Cuadros en los que se demuestra la eficacia del aislamiento para su extinción. Comprende los cuadros siguientes: *a*) De noviembre de 1904 á mayo de 1905; *b*) De mayo á noviembre de 1905; *c*) De enero á diciembre de 1906.

Aparatos de desinfección

15. Aparato para la desinfección al formol, modelo de la Casa de Desinfección (Sharzatt modificado).—16. Aparato para la desinfección al formol, modelo núm. 2 del doctor Honoré.—17. Aparato para la desinfección al formol, modelo Trillat.—18. Aparato para la desinfección al formol, modelo Francis.—19. Aparato para la desinfección al formol, modelo Kny Scheerer.—20. Pulverizador modelo, doctor Honoré·—21. Pulverizador, modelo Gatteschi.—22. Pulverizador, modelo Geneste Herscher.—23. Pulverizador modelo de la Casa de Desinfección.—24. Pulverizador modelo de la Casa de Desinfección (Pomona modificado).—25. Respirador sistema Tiemann, aparato para el uso del personal desinfectador.—26. Respirador sistema Mac-Kenzie, aparato para el uso del personal desinfectador.—27. Sellos para el control de las ropas desinfectadas.—28. Marchamos para el control de los objetos desinfectados.—29. Timbre para el control de ropas desinfectadas.—30. Sellos para el control de muebles usados desinfectados.—31. Pinza para estampar los marchamos.—32. Caja que contiene todos los útiles necesarios para la desinfección domiciliaria.—33. Vasijas para la desinfección de ropas contaminadas en los domicilios de los enfermos infecciosos.—34. Recipientes para la combustión de azubre sobre lecho de arena al desin-

fectar las habitaciones donde ha habido enfermos infecciosos.—35. Barril para el transporte de la solución concentrada de bicloruro de mercurio al 32 por mil.—36. Bolsas de lona para la desinfección de ropas.—37. Bolsas de malla para la desinfección de ropas.—38. Túnica de desinfectador.—39. Triple metro para medir la capacidad de las habitaciones.—40. Tabla de engrudar.—41. Olla de hierro para el engrudo.—42. Escalera de hierro.—43. Estufa locomóvil para la desinfección al vapor, sistema Geneste Herscher y C.ª—44. Ambulancia para el transporte de enfermos comunes.—45. Ambulancia para usos generales de asistencia pública.

Servicio Bacteriológico y Conservatorio de Vacuna

46. Cuadro conteniendo nueve vistas fotográficas del frente é interior del edificio y de sus diferentes instalaciones.—47. Cuadro estadístico con el resumen de los trabajos efectuados por el Conservatorio de Vacuna, durante el período de 1890 á 1906.—48 Cuadro estadístico del Servicio Bacteriológico con el promedio mensual y anual por centímetro cúbico de las bacterias del agua de consumo público en la ciudad de Montevideo, de 1899 á 1906.—49. Máquina para triturar vacuna, sistema Clalyban's, movida á pedal.

Oficina Municipal de Análisis

50. Cuadro conteniendo seis vistas fotográficas de todas sus instalaciones y servicios.—51. Cuadro estadístico de los trabajos efectuados por la Repartición durante el quinquenio de 1902-1906.—52. Aparato para la recolección de muestras de agua destinadas al análisis bacteriológico, ideado por el señor Carlos F. Carnelli.

Inspección Veterinaria

53. Cuadro conteniendo seis vistas fotográficas del Lazareto de animales importados y del servicio de tuberculinización de vacas.

Servicio de Limpieza Pública

54. Cuadro conteniendo doce vistas fotográficas de todas las dependencias y servicios de la limpieza urbana, modelos de carros, útiles, etc.—55. Cuadro estadístico de los trabajos efectuados por la

Repartición durante el quinquenio de 1902-1906.—56. Carro para la recolección de residuos domiciliarios.—57. Carro para el levantamiento del barrido.—58. Carro para la limpieza auxiliar de las calles.—59. Carro de mano para la recolección de hojas, papeles, etc., etc.—60. Carretilla de mano para uso de las cuadrillas de barrido.—61. Escobillones para el barrido.—62. Carro para la conducción de animales muertos.—63. Regadora para el servicio de avenidas.—64. Regadora para el servicio de calles.—65. Barredora para el servicio de calles. —66. Barredora-regadora para el servicio de calles.

Dirección de Parques y Jardines

1.º Proyecto de creación del Parque Central, incluyendo el Jardín Zoológico de Aclimatación, el Jardín Botánico y el Museo de Historia Natural, por el arquitecto Eduardo André. Este proyecto comprende los planos siguientes: *a*) Vista general del Parque Central; *b*) Vista general del Lago Embarcadero; *c*) Museo de Historia Natural; *d*) Hotel del Gran Prado.—2.º Proyecto de transformación del Parque Municipal del Miguelete (Prado), por el arquitecto E. André.—3.º Parque del Miguelete (Prado), estado antiguo, por el arquitecto E. André —4.º Plano general de la ciudad de Montevideo, incluyendo los parques y jardines públicos, plazas, bulevar marítimo, avenidas, plantaderos, vías nuevas ó ramificadas, y división parcial en lotes, por el arquitecto E. André —5.º Plano de la Plaza Constitución, por el arquitecto E André.—6.º Plano de la Plaza Independencia, proyecto de transformación del arquitecto paisajista Carlos Thays.—7.º Plano de la Plaza Cagancha, proyecto de transformación por el arquitecto paisajista Carlos Thays.—8.º Plaza Artola, plano firmado por el arquitecto E. André.—9.º Plano de la Plaza Sarandí, firmado por el arquitecto E. André.—10. Plano de la Plaza Flores, por el arquitecto E. André.—11. Plano con varias secciones transversales de avenidas, por el arquitecto E. André.

Dirección General del Registro de Estado Civil. (Montevideo)

DIRECTOR: DON LUIS CINCINATO BOLLO

Mapa del crecimiento vegetativo de la República por departamentos en veinte años (1886-1905 inclusive). Estructura de la población de Montevideo y su departamento. Estructura de la población de la

República excepto Montevideo y su departamento. Natalidad, crecimiento vegetativo y mortalidad anual en el período 1886-1905; Río Negro, Paysandú, Maldonado, Cerro Largo, Durazno, Flores, Salto, Florida, Minas, Canelones, Rivera, Soriano, Tacuarembó, Colonia, San José y Montevideo. Estructura de la población de los siguientes países: Uruguay, Argentina, Estados Unidos, Méjico, Cuba, Puerto Rico, Gran Bretaña, Francia, Bélgica, Irlanda, Suecia, Noruega, Dinamarca y Países Bajos.

Instituto Experimental de Higiene. (Montevideo)

DIRECTOR: DOCTOR FELIPE SOLARI

Plano y fotografías del edificio en construcción. Cuadro comparativo del suero antidiftérico. Bacilo de la difteria (cultura), del carbunclo (cultura). Hongos patógenos (cultura). Microbios cromógenos. Bacilos del tétano (cultura). Suero antitetánico. Suero garrapatoso. Evolución de la garrapata. Sangre piro-plásmico de vacuno inmune. Vacuna contra la tristeza. Bacilo del muermo (cultura). Malenia bruta. Microbios cromógenos. Bacilus de la peste bubónica (cultura). Vacuna antipestosa. Suero antipestoso. Tuberculina bruta. Bacilus de la tuberculosis humana. Tuberculosis bovina. Ganglios mediastínicos. Fotografías de animales inoculados contra la tristeza. Cuadro demostrativo del desarrollo de la garrapata en el ganado vacuno y del parásito de la tristeza.

Consejo Nacional de Higiene. (Montevideo)

PRESIDENTE: DOCTOR ALFREDO VIDAL Y FUENTES

Diagrama de la marcha anual de la mortalidad por sarampión, difteria, escarlatina, tifoidea, tos convulsa, tuberculosis y viruela; años 1887 á 1905. Mapa de la población de la República y coeficiente de mortalidad por mil habitantes. Diagrama de la marcha anual de la mortalidad general infecto-contagiosa y por enfermedades comunes. Diagrama de la mortalidad clasificada. Diagrama de la marcha anual de mortalidad y morbosidad por viruela y de la vacunación. Fotografías de los hospitales, pabellones de desinfección, pabellón de química, para enfermos infecto contagiosos, sala del pabellón de enfermos, consultorio, horno crematorio, estufa locomóvil, pulverizadores

para desinfección de habitaciones, estufas fijas Herscher, pabellones para pasajeros de 1.ª, 2.ª y 3.ª clase, grupo de camas para los de 3.ª clase, camillas para desembarco de enfermos, cámara de desinfección química, camilla para conducción de enfermos, reparticiones y vistas del Lazareto de la Isla de Flores. Preceptos generales para evitar el contagio y propagación de la difteria, sarampión, tos convulsa y demás enfermedades. Profilaxis de las enfermedades venéreo sifilíticas, por el doctor Alfredo Vidal y Fuentes. Reglamento de la Prostitución. Convención sanitaria. Mortalidad y Morbosidad infecto-contagiosa en la República Oriental del Uruguay, por el doctor Alfredo Vidal y Fuentes.

Consejo Penitenciario. (Montevideo)

Modelo en yeso de celda de la nueva Penitenciaría, en construcción. (Departamento Nacional de Ingenieros).

Comisión Nacional de Caridad y Beneficencia Pública.—Montevideo

PRESIDENTE: DOCTOR JOSÉ SCOSERIA

Album fotográfico del Manicomio Nacional, Escuela Nacional de Artes y Oficios, Administración de Lotería, Asilo de Mendigos y Crónicos, Casa de Aislamiento, Asilos Maternales, Hospital de Niños Pereyra-Rossell, Hospital de Caridad.—Asilo de Expósitos y Huérfanos. Existencia de Asilados desde el 1.º de enero de 1889. Estadística de los asistidos en el servicio interno en todos los establecimientos nacionales de caridad (1889-1905). Fallecidos en el servicio interno de los establecimientos á cargo de la Comisión desde 1889-1905. Diagramas de los fallecidos en las casas de Caridad con relación á los de la República y Montevideo, 1889-1905. Demostración gráfica de las proporciones de los fallecidos sobre asistidos en cada establecimiento, 1889-1905. Demostración gráfica de los asistidos en el servicio interno con relación á los habitantes de la República y Montevideo. Diagrama de la asistencia de asilados (1889-1905). Población, defunciones y proporciones de fallecidos sobre asistidos internos en todas y cada una de las casas de Caridad en 1889-1905.

Museo Nacional. (Montevideo)

DIRECTOR: PROFESOR JOSÉ ARECHAVALETA

Album con plantas medicinales é indígenas, colección del profesor Arechavaleta (Plantœ diaphoricas, floræ uruguayæ) y frascos con animales: víboras, orugas, urentes, arañas, escorpiones, etc.

Instituto Nacional Fisico-Climatológico. (Montevideo)

DIRECTOR: LUIS MORANDI

Planos y fotografías del Instituto. Correlación de los vientos (quinquenio 1901-1905). Marcha horaria de la velocidad de los vientos y de la presión atmosférica. Horas críticas de la lluvia. (Totales del quinquenio). Totales anuales de la lluvia en milímetros (datos del Observatorio del Colegio Pío de Villa Colón). Curva de la frecuencia de las manchas solares según Wolfer (1883-1905). Ejemplo de saltos bruscos de temperaturas, de variaciones barométricas características. Tabla comparativa de las excursiones geotermométricas. Promedios decádicos del año 1904. Temperaturas horarias (cuatrienio 1902-1905). Presión atmosférica horaria (cuatrienio 1902-1905). Rosas comparativas de los vientos superiores á 40 kilómetros horario durante el quinquenio 1901-1905. Anuario Meteorológico del Observatorio Municipal, año I, 1901-1902.

Liga Uruguaya contra la Tuberculosis (Montevideo)

PRESIDENTE: DOCTOR JOAQUÍN DE SALTERAIN

Cuadro demostrativo del movimiento de población, natalidad, nupcialidad, mortalidad, enfermedades infecto-contagiosas y crecimiento vegetativo de la República del Uruguay desde 1887 á 1901, por el doctor Joaquín de Salterain. Cuadro indicando el estado demostrativo de la mortalidad absoluta y proporcional en el Departamento de Montevideo por tuberculosis y demás enfermedades infecto-contagiosas de 1889 á 1905 Perspectiva del edificio social en construcción (calle Magallanes entre Rivera y Lavalleja). Plano demostrando la ubicación de los casos atendidos por la Liga en el año de 1906. Cua-

dros de propaganda antituberculosa. Fotografías de la Liga en el Salto y en Minas. Planos del edificio social en construcción. Fotografías del Dispensario Maciel número 1 (frente, consultorio y grupo de enfermos). Fotografía de la oficina central, sala de sesiones, secretaría é inspección. Fotografías del Dispensario Maciel número 2 (frente, consultorio, sala de espera). Cuadro demostrando la lucha contra la Tuberculosis en el Uruguay. Dispensario Maciel número 3. Fotografías del frente, sala de espera y consultorio. 19 cuadros demostrando la mortalidad por tuberculosis, absoluta y proporcional (por quinquenios y departamentos), cada cuadro representa á un departamento. Labores del Comité de Damas. Alcancías. Resultado de la asistencia de 108 sujetos dados de alta, aptos para trabajar durante el período 1.º de julio de 1904 al 30 de junio de 1906. Balanza para el peso de enfermos. Salivaderas higiénicas modelo uruguayo (9). Modelo de dispensario compuesto de una mesa, seis sillas, un sillón y un lavatorio. Libro de observaciones clínicas. Boletín de la Liga (2 tomos). Folletos de propaganda antituberculosa. Modelo de salivadera de bolsillo al formol (sistema americano). Idem de bolsillo (sistema francés). Frascos para el análisis de esputos. Salivadera de barro barnizado. Salivadera de escritorio, modelo francés. Tarjeta de asistencia á los dispensarios. Libreta para la inspección externa del enfermo. Fichas para el control diario de la carne y el pan. Caja higiénica para el reparto de alimentos. Fórmulas de adhesión. Pulverizador higiénico.

Liga Argentina contra la Tuberculosis. (Buenos Aires)

Material de los dispensarios antituberculosos y Sanatorio Municipal «Doctor Tornú». Plano de la ciudad de Buenos Aires con la demostración de mortalidad, durante 35 años, de tuberculosis pulmonar. Diagrama de la mortalidad tuberculosa en las principales ciudades de la República, comparada con la de algunas enfermedades infecto-contagiosas. Fotografías y planos del dispensario modelo «Doctor Rawson». La Tuberculosis, primer cuadro mural de la Liga Argentina. Modelo de salivaderas de bolsillo y de mesa. Silla larga modelo del Sanatorio «Doctor Tornú». Salivadera corriente de agua en uso en el dispensario modelo «Doctor Rawson». Publicaciones de propaganda antituberculosa. Prensa internacional antituberculosa. Salivaderas de pie usadas en los dispensarios de la Liga. Plano de la cámara de disolución y casilla de bombeo del dispensario «Doctor Tornú». Gráficos de propaganda antialcoholista y antituberculosa.

Instituto Municipal de Higiene. (Perú)

Aparato del doctor Carlos A. García, para el dosaje de los gases. Un dispositivo para la destilación del amoníaco, del doctor C. A. García. Dispositivo para el recogido de muestras de agua potable. Aparato del doctor Manuel O. Tamayo, para la destrucción de la materia orgánica. Hemcgelómetro del doctor U. Biffi. Muestras de vacuna antirrábica, de tuberculina, vacuna antisifilítica, vacuna Haffkine (vacuna antisimiltífica. Verruga Peruana). Proyecto del Hospital de Santa Ana, de los señores Pedro Paulet y Manuel C. Tamayo. Cuadro gráfico que manifiesta los nacimientos, matrimonios y defunciones en Lima, en los años 1884-1901. Mortalidad de la ciudad de Lima, por las principales enfermedades infecciosas, en los años 1884-1901. Diagrama de la mortalidad por tuberculosis en Lima, en los años 1884-1901. Diagrama de las vacunaciones y revacunaciones practicadas en Lima en los años 1894-1903. Cuadro gráfico de atacados de viruela, curados y fallecidos en los años 1884-1903. Trazo gráfico de los atacados de viruela, curados y fallecidos en los años 1891-1900. Copia del diagrama del doctor Enrique León García, referente á la mortalidad por fiebre tifoidea en Lima en los años 1884-1901. Diagrama de la mortalidad de Lima, por fiebre tifoidea, en los años 1891-1900. Planos de la población rural de Chichin. Plano del Hospital Goyeneche.

Comité Nacional del Paraguay

Plantas medicinales: Ibyralay, Ambay, Iperupá, Câaré, Casita, Pairá iboty, Ipemí ó patito, Guaypibí-Sayyú, Piño, Patchulí, Altamisa, Cabará-caâ, Cardo santo, Cepacaballo, Naranja amarga, Capú pé, Cumandá Ibyrai, Caátaí, Arazá puytá, Punica granatum, Iuopecá, Corteza de sauce, Curupay, Caaruzú guazú ó Bledo, Amarantus clorostachys, Rábanp blanco, Malva blanca ó del país, Taberybá, Caapiquy, Yerba de la vida, Typychá curatú, Cupay, Almidón de mandioca, Mandyyú, Perudilla, Esponja vegetal Granada, Punica Granatum, Pichicaria, Mburucupá-mi, Santa Lucía, Llantén (Expositor: Comité del Paraguay).

Muestras de esencias: Expositor señor Quintino Larzat, Muestras de productos originarios del Paraguay (Expositores: Luis Van Strate, Francisco Pastor Ferreira, Francisco Robert, Boettner y Gautier,

señorita Josefa Barbero, Francisca D. Duarte, Panchita Fernández Granada, doctor Enrique Marengo, La Industrial Paraguaya (Yerba, Té, hojas de Yerba mate), Guillermo Stewar, Antonio A. Cotto (Licores), Escuela de Agricultura (Semilla de ricino), Luis Rabery. (Preparaciones oficinales y antisépticos), Dávalos y C.ª (Específicos), Cramel Weyer y Müller (Caucho del país y extracto de Quebracho colorado), Clemente Micheletto (Caño para aguas hervidas), señorita Mercedes Vallory (Zalzamora), Quirino Patiño (trozo de madera de palo santo), Juan Pessolani (frascos de preparaciones medicinales).

Instituto Vaccinogénico. (San Pablo, Brasil)

Fotografías del edificio y dependencias.

Hospital de Aislamiento de San Pablo

Fotografías de los distintos pabellones.

Instituto Seroterápico. (Butamtam)

Fotografías del edificio y muestras de sueros.

Casa Central de Desinfección. (San Pablo)

Fotografías del establecimiento y de aparatos y material de desinfección.

Hospital Italiano. (Montevideo)

Vistas fotográficas del establecimiento; cuadros estadísticos.

Hospital Italiano. (Buenos Aires)

Vistas fotográficas y estadísticas del establecimiento; memorias y reglamentos.

Oficina Técnica-Administrativa de las obras del Puerto. (Montevideo)

Un plano en relieve de la ciudad, indicativo de las obras de saneamiento.

Penitenciaría Nacional. (Buenos Aires)

Album fotográfico del establecimiento; memoria descriptiva del mismo. Plan de estudios y programas analíticos de la escuela, 1905-1906. Libreta del condenado á prisión. Boletín del Ministerio de Relaciones Exteriores. Obras encuadernadas por los penados; un escritorio construído en los talleres; utensilios del preso; uniforme de invierno y de verano, completo; polaina para la tropa; botín para penados: todo construído en los talleres.

Escuela de Agronomía. (Montevideo)

«Carro de la «Granja Modelo» para el reparto de leche, queso, manteca, etc. Desnatadora, «Alfa-Laval». Balde de ordeñar. Instrumentos para el análisis de la leche. Bacterias de la leche común. Bacterias de leche aséptica sistema profesor Backhaus (grabados). Bacterias de leche común. Leche maternizada y leche ordeñada asépticamente según sistema profesor Backhaus. Fotografías de la Vaquería y de la «Granja Modelo». Diagramas demostrando el contenido de bacterias en la leche.

Instituto Nacional para la Predicción del Tiempo. (Montevideo)

DIRECTOR: HAMLET BAZZANO

Mapas generales que comprenden la distribución de temperaturas, presiones barométricas y lluvias en la zona del continente que abarcan la Argentina, Uruguay, Brasil, Paraguay y Chile. Tres tomos de las cartas diarias del tiempo (1906). Seiscientos treinta y cuatro (634) diagramas en carpeta divididos en la forma siguiente: 1.º Relación entre los elementos meteorológicos y los delitos contra las personas; 2.º Análisis del agua extraída en la parte exterior del puerto de Montevideo; 3.º Temporales en 1906; 4.º Datos pluviométricos de Montevideo; 5.º Promedios de barómetros, termómetros, humedad relativa; 6.º Diagramas parciales de las estaciones del servicio internacional; 7.º Modelos de Boletines mensuales (Observatorio Central de Montevideo); 8.º Carta diaria del tiempo; 9.º Señales meteorológicas.

Asociación Paulista de los Sanatorios para Tuberculosos. (San Pablo)

Planos del edificio, fotografías de los dispensarios; diagramas y cuadros estadísticos.

Sociedad de Beneficencia de la Capital. (Buenos Aires)

PRESIDENTA: SEÑORA LEONOR QUIRNO DE TERRY

Diagrama del movimiento interno y externo del Hospital de niños; cuadros estadísticos de la Casa de Expósitos, del Hospital Nacional de Alienadas y Hospital Rivadavia (para mujeres). Planos del nuevo Hospital de la primera infancia de la Casa de Expósitos, del Hospital de Alienadas, de Niños y Rivadavia. Radiografías. Vistas fotográficas de los establecimientos colocados bajo el patronato de la Sociedad. Memoria de la Sociedad de Beneficencia (años 1823 1904).—Album de fotografías del hospital de Alienadas. Revista del Hospital de Niños (1907-1905).

Museo y Biblioteca Pedagógicos. (Montevideo)

DIRECTOR: ALBERTO GÓMEZ RUANO

Material científico de la Sección Higiene Escolar.

Departamento Nacional de Ingenieros. (Montevideo)

DIRECTOR: INGENIERO FLORENCIO MICCHAELSSON

Planos y una maqueta de edificios proyectados por la repartición; tipos de escuelas ya construídos; Penitenciaría en construcción; Cárcel de Rocha; Hospital de Minas.

Sociedad de Medicina. (Montevideo)

PRESIDENTE: DOCTOR AUGUSTO TURENNE

Carteles y Cartillas de propaganda antihidática.

Gobierno de Chile

Plano del alcantarillado de la ciudad de Santiago de Chile.

Lorenzo Cianci (Buenos Aires)

Cincuenta radiografías científicas.

SECCIÓN INDUSTRIAL

Compañía Salus.—MONTEVIDEO—Agua Mineral «Salus»—«Juvens».

Compañía de Aguas Corrientes.—MONTEVIDEO.—Baños de hierro fundido. Lavatorio de loza con desagües, niquelados, de tapón. Piletas de tierra esmaltada para cocinas. Tanque automático. Palanganitas para *bidets* portátiles. *Bidets* de loza con llaves y asiento de madera. Inodoro de loza con desagüe de tapón y entrada de agua Fotografías del depósito de distribución en Las Piedras (capacidad para 54:000,000 de litros). Fotografías de las casas de máquinas y calderas del establecimientos y los filtros de arena. Vista general del río Santa Lucía en el punto de toma del agua. Modelo de cañerías.

Compañía de Gas de Montevideo.—*Aparatos de calefacción:* Cocinas con 3 y 5 hornallas (fabricación Compañía Suiza). Cocina con 5 hornallas y dos hornos (Fletcher Russell, y C.ª Ltd.). Cocinita de parrilla, modelo de cocinas y estufas (Richmond y C.ª Ltd.). Estufas con columnas incandescentes para escritorio y sala (Welbach y C.ª), Estufas con carbones de Asbestos (Welson y Matherson). Estufas portátiles (Fletcher Russell y C.ª Ltd.).

Aparatos para varias industrias y usos domésticos: Calentadores y estufas, (Fletcher Russell y C.ª Ltd.). Calentador de Baño (Ewart). Picos de seguridad para laboratorios. Aparatos para fundir metales, estantes para calentar agua, sopletes para dentistas y joyeros, fuelle de corriente de aire continuo (Fletcher Russell y C.ª Ltd.). Arte culinario: instalación completa.

Muestras de productos. Artículos para pavimentación. Ladrillos del país para evitar la humedad. Abonos para plantaciones. Aceite para creolina y otros desinfectantes (Fabricantes M. Gas y C.ª). Aparatos para alumbrado público y de habitaciones.

Esterilización: Esterilizadores de leche de varios tamaños (Fabricantes Weisse y Son).

Pablo Ferrando.—MONTEVIDEO, Sarandí 262.—Instalación Adnet completa para esterilización. Autoclave Sorel. Autoclave Chamberlain á pedal. Pulverizador para grandes locales, á formol. Sillón

desmontable de metal niquelado para dentista para llevar en viaje. Incubadora de niños sistema Lion Cuatro mesitas para consultorio médico, diferentes. Mesa sistema Collin. Cuatro mesas operaciones, diferentes modelos. Carro para transportar enfermos. Mesita de cunetas para consultorio. Dos irrigadores para consultorio, diferentes. Mesa niquelada sistema Mathieu para operaciones. Banquito para mesas de operaciones. Dos mesas de operaciones, diferentes modelos. Mesita niquelada para consultorio. Charriot con movimiento á pedal. Cuatro armarios para instrumentos quirúrgicos. Charriot niquelado con irrigador. Tres lavatorios con salida de líquido á pedal. Tres tambores para esterilizar gasas. Tres esterilizadores de instrumentos. Cinco cajas de metal para gasas y algodones esterilizados. Dos muletas. Pierna artificial. Corsé Ortopédico. Dos corsés, espaldera. Dos aparatos para pie-bot. Tres fajas umbilicales. Cuatro bragueros simples. Ocho bragueros. Ombliguera resorte. Dos fajas abdominales. Dos medias elásticas con abertura al costado. Brazo artificial. Dos bragueros dobles inguinales. Torno para gabinete de dentista. Aparato de Radiografía de Hirschmann. Dos soportes para tubos de sondas. Soporte con bomba de saliva para dentista. Dos lámparas de formol para desinfección. Toallero metálico.

Ricardo Algorta.—MONTEVIDEO, 35 de mayo 371.—Jabón crema de leche («Iris») Jabón en polvo («Iris»). Jabón de Creolina «Manchester». Agua de Colonia Luis XV («Eau de Cologne)». Jabón «Iris» de Miel. Jazmín. Vetiver. Heliotropo. Rosas. Violeta Jabón de ácido fénico. Coco «Iris». Marmolina. Jabón sulfuroso, de ácido bórico, de bicloruro de hidrargirio.

Strauch y C.ª.—MONTEVIDEO, Isla de Flores 227.—*Productos de fabricación nacional*: Creolina purísima medicinal para usos veterinarios y de desinfección. Ungüento de creolina para usos veterinarios. Ungüento y pomada de Creolina y Lanolina para usos medicinales. Naftalina. Jabones de Creolina y Lanolina en diversas clases para el tocador. Jabón de Creolina para lavar ropa de enfermos, pisos y animales. Jabón de coco blanco. Conservol, pasta innocua para conservar huevos hasta un año. Aceite de Alquitrán de hulla ref. Cresol crud.

De fabricación extranjera: Aparatos extintores de fuego «Minimax».

Grether y C.ª.—MONTEVIDEO, Uruguay 191-193.—Estufas al formol para la desinfección de instrumentos de cirugía, de dentistas y útiles de peluquería. Cajilla higiénica para cigarrillos. Lámparas á alcohol carburado «Teutonia».

Bensdorp y Cª, Amsterdam (HOLANDA). — (Representante en Montevideo, don *Vicente Ravera*, 18 de Julio 120 (Unión). Cacao Bensdorp. Chocolate con leche (Tabletas). Cacao Java en pasta. Manteca de cacao. Panes de couverture. Tabletas de chocolate. Chocolate Orangia. Bombones fruta de chocolate. Violeta. Luces. Surtidos. Bombones surfin, dorés. Bombón pâte pistoche. Bombón pâte double. Bombones de mentholines, Bombón Cherry double. Bombón extra. Fondant, pralines Bombón bebé. Petite reine. Doubles dorés. Langues de Chats. Croquettes. Tubos de cacao échantillon.

Angela V. de Petrel. — BUENOS AIRES, Victoria 685 (altos). Corsés y fagas higiénicas de su invención, privilegiadas por el Gobierno nacional.

Ferraro y Olivé.—BUENOS AIRES, calle Belgrano 1928. —Representante en Montevideo: *Juan Musante*, 25 de Mayo 422.—«La Perla Americana», loción contra la caída del cabello. Agua la «Flor de Oro». Agua lacteada para el cutis. Depilatorio Estrella.

M. P. Portela y C.ª— BUENOS AIRES, calle Humberto I, 1447. — Agua rosada para el cutis; polvos «Belleza Ideal».

Jenaro Puglia hijo.—MONTEVIDEO.—Leche Kefir.

José A. Ballestrino.—MONTEVIDEO, Andes 250. — Sombreros de paja higiénicos.

Tomás Gallego.—MONTEVIDEO, Ituzaingó 151.— Pan semi-glutinado. Pan y bizcochos de gluten.

Alejandro M. Pagola.—MONTEVIDEO.—Lavalleja 138.—Pescado y perdices en escabeche; duraznos en almíbar; dulce y jalea marca «La Gloria».

J. J. Walcker Sons y C.ª—MONTEVIDEO.—Harina lacteada Nestlé.

La Unión Uruguaya.—MONTEVIDEO, Sierra 51. — Aparatos para análisis de leche, crema, manteca y suero: balanza para análisis; paquetes y envases para manteca.

Guillermo Careac.—BUENOS AIRES, Belgrano 4015. — Pan y bizcochos de gluten para enfermos; harina y chocolate de gluten, tapioca, pastas alimenticias. Sémola.

Farmacia Rey.—MONTEVIDEO, 25 de Mayo 194.—Restaurador del cabello. Loción de Eucaliptus. Agua de Colonia, jabón, polvos dentífricos, jalea de almendras, crema y antiséptico ideal marca «Royal».

Antonio Bianchi.—MONTEVIDEO, Florida 157 B.—Callicida Luser.

Agustín Marchesse.—BUENOS AIRES, Humberto 3034.—Pan de gluten puro.—Fideglutines, bizcocho de gluten, fideglutines munición, estrellitas superfinos.

Carpinacci é hijos.—BUENOS AIRES.—Representante en Montevideo *Edmundo Rey*, 25 de Mayo 198.—Fabricación de bizcochos; marcas Ricura, Frégoli, Noemi, Iris, Agueda, Porteños.—Bizcotines; pan ideal para la mesa.—Pan para largas travesías.

Emilio Massat.—MONTEVIDEO.—Solís 50—Jabón Marsellés marca Herradura.

José Massaroli.—BUENOS AIRES, Junín 1660.—Refrescos de limón, grosella, goma, ananás, granadina, frambuesas y frutilla.

José Crespo Bru.—BUENOS AIRES, Bartolomé Mitre 1139.—Representantes en Montevideo; *Petillón, Galimberti y C.ª*. Avenida de la Paz 230.—Cielo rasos, cornisas, frisos y zócalos metálicos marca Victoria, Pintura frigorífica marca Victoria, Zinc estampado.

La Argentina.—BUENOS AIRES, Florida 270.—Sociedad Anónima de Calefacción y anexos.—Instalación completa de calefacción, Fotografías del modelo de estufas á dos fogones,—de cocina de centro con fogones y prusiana,—de cocina de centro con cuatro fogones,—instalación de cocina completa,—de cocina de centro para hospitales y colegios,—instalación á nivel.

Pablo Bertoletti.—MONTEVIDEO, calle San José 98.—Sillón giratorio articular y de ruedas para enfermos. Canasto higiénico con bolsa de recambio para ropa sucia. Sillón articular para la conducción de enfermos.

Souza Imenes y C.ª—MONTEVIDEO, calle Zabala 73.—Carne líquida, extracto de carne líquida del doctor Valdés García.

F. O. R. Goetze.—LEIPZIG.—Termométros para médicos y casas de salud.

Pablo Varzi.—MONTEVIDEO, Villa Colón.—Jugo de uva dulce esterilizado. Mostolina: jugo de uva reconstituyente. Aceite virgen de oliva (verde y maduro). Vinos marca Artigas (tipo Burdeos). Vinos dulces: Zapicán, Sarandí.

Francisco San Román.—MONTEVIDEO, calle Buenos Aires esquina Juncal —Azucarero higiénico patentado.

Ignacio Silva.—MONTEVIDEO, calle Pérez Castellanos 153.—Primera fábrica de leche kefir. Leche esterilizada para viajeros, maternizada, peptonizada, kefir desgrasado, leche cruda, baberre, dulce de leche

Juan J. Hore.—MONTEVIDEO, calle Misiones 205.—Leche malteada de Horlick.

Quirico Núñez.—MONTEVIDEO. calle Buenos Aires 230.—Estropajo higiénico.

Pedro Bozzolo.—MONTEVIDEO, calle Médanos 70.—Marca «La Proveedora». Pastillas de ipecacuana, de goma, menta, de Vichy, de menta «Victoria», de tolú, de eucalipto aromáticas, de ruibarbo, de santonina, de clorato de potasa, de goma, de azufre, de altea, de menta extra, confites á la vainilla, caramelos surtidos, gotas de orozú, de menta comprimidas, caramelos de rosa, confites surtidos, caramelos de tangerina, gotas de rosas comprimidas, pastillas de magnesia, de bismuto, chocolate vainilla.

Felipe Artigas.—BUENOS AIRES, calle Guayanas 414.—Jabón curativo de eucalipto. Representante: Cooperativa de Patrones Peluqueros, calle Río Negro 184.

Antonio F. Martorell—MONTEVIDEO, calle Alzaibar 32-34.—Harina de garbanzos, de habas, de arvejas, de lentejas. Café Bellota. Chocolate Media Luna. Cocoa Martorell.

Jorge Brauer (hijo).—MONTEVIDEO, calle Santa Fe 18.—Extracto de Malta. Granos Malta.

Juan N. Valle.—MONTEVIDEO, calle Gaboto 159.—Refrescos de limón, grosella.

José Casanovas é hijos.—BUENOS AIRES, Humberto I, número 1447—Agua Blanca para el cutis.

Juan Benzo.—MONTEVIDEO, calle Justicia 152.—Agua de Jane para el lavado de ropa, pisos, etc.

Cabruja y C.ª—MONTEVIDEO, calle San José 285.—Solución Cristal. Agua japonesa para el lavado.

José Illa Font.—MONTEVIDEO, calle Pereira 17 (Pocitos).—Fósforos «La Eléctrica».

Castromán y C.ª—BUENOS AIRES, calle Perú 348.—Aparatos oxigenadores y hormiguicidas.

Juan Negri.—MONTEVIDEO, calle Agraciada 64.—Balanzas higiénicas.

Roch. Capdeville y C.ª—MONTEVIDEO.—Suero fisiológico en ampollas de dos tubos y botellas de medio y un litro. Algodones, en estuches metálicos, de 25, 50, 100 y 250 gramos. Gasas en estuches metálicos de uno, dos, tres, cuatro y cinco metros. Gasas en estuches metálicos de uno, dos y cinco metros, cortadas 20×10 y 20×20. Gasas en estuches metálicos de cinco metros, cortada 25×25 y plegada. Campo operatorio. Lienzo de un metro.

Domingo de Marco.—MONTEVIDEO, calle 18 de Julio 323.—Bizcochos para viaje y bizcochitos á la Americana. Bombones de frutas y fondants. Caramelos de leche, chocolate y surtidos.

Carlisle Crocker.—MONTEVIDEO, calle Rincón 29.—Norias purificadoras de agua.

Patta Raspi y C.ª—BUENOS AIRES, Lavalle 691.—Representantes en Montevideo: *Ferrari y di Vitta,* Rincón 26.—*Antinevrótico De-Giovanni de Bologna* (*Italia*). Tónico reconstituyente del sistema nervioso, preparado por el profesor doctor Aquile De Giovanni, de la Real Universidad de Padua, indicado especialmente contra la Neurastenia, Histerismo é Hipocondría. Producto de la Societá Italiana per l'Antinevrótico De Giovanni: Enrico Gottardi y C° de Bologna.

Agua Mineral «Fiuggi» para la Diátesis úrica, Enfermedades de las Vías Urinarias, Cálculos, Riñones, Vejiga.

Aguas y Sales Minerales de Salsomaggiore (*Italia*) muy indicadas para baños, inhalaciones é irrigaciones. Productos de la Sociedad G. Dalla Rosa, G Corazza y C°. de Salsomaggiore (Italia).

Extracto de Malta «Evers» de Copenhague (*Dinamarca*): Tónico reconstituyente de la sangre indicado por los médicos especialmente para la cura de las enfermedades del sistema digestivo, para la anemia y para obtener con el uso continuado niños sanos y robustos.

Establecimiento mecánico para la elaboración de la madera. F. Zari, de Milán (*Italia*). Especialidad en pavimentos de madera, á mosaicos, alfombras higiénicas plegadizas de madera, muebles finos para oficinas, despachos, etc.

José Peretti—MONTEVIDEO, Buenos Aires 202.—De *Felice Bisleri y C.ª* (*Milano*).— Hierro-Quina Bisleri.—Agua Mineral Nocera-Umbra. Agua natural de las Fuentes de Nocera-Umbra (Italia). Esanofele Bisleri (Píldoras). Remedios contra las fiebres.—Esanofelina Bisleri (Líquido). Palúdicas, empleado como única cura radical en todas las regiones palúdicas.—Antagra Bisleri. Medicamento pilular contra las manifestaciones de la *gota* y de la *diátesis* úrica en general. Artritrismo, Reumatismo articulares. *Neurálgicas* úricas, etc.—De *A. Bertelli y Cía.* (*Milano*)—Píldoras Catramina Bertelli. Contra las toses y catarros bronquiales, etc.—Pitiecor. Aceite de bacalao con Catramina Bertelli.—Emulsión Pitiecor. Aceite de bacalao emulsionado con hipofosfitos de Sosa y Cal.—Cápsulas de Taurina Bertelli. Purgativas—Feroliche Bertelli. Píldoras, tónicos reconstituyentes Strigno Ferro-Manganiche Arsenicali.—Glóbulos reconstituyentes del doctor Taylor. Coco-Fosfo-Marziali.—Roob Vegetal yodato. Depurativo concentrado compuesto de zarzaparrilla con iodo en combinación orgánica y mineral al 0.75 por 1,000.—De *Wilhelm Rieger. Frankfurt am Main.*—Jabón Cristalino Transparente.—Jabones Medicinales.

—De *The Charles H. Phillips Chemical Company.* (*New York*).—Leche de Magnesia Phillips.—Fosfo-Muriato Quinina.—De *Radway & Co* (*New York*).—Pronto Alivio Radway.—Píldoras reguladoras ídem. —Zarzaparrilla Resolvent.—De *Societé Anonyme de l'Eau Purgative de Villacabras* (*Lyon*).—Agua purgativa de Villacabras, concentrada y filtrada sistema *Pasteur.*—De *P. Sasso & Figli.—Oneglia* (*Italia*). —Aceite puro de oliva comestible.—Aceite de oliva medicinal en frascos.—De *Migone & C.ª* (*Milano*).—Quinina Migone para el cabello.—Anticanizie Migone ídem.—Del *Laboratorio de Biología Aplicada.*—Director: Doctor G Zanoni. Quinto, Génova. «*Sic*». Remedio específico de la tos convulsa.

Victor Coppetti.—MONTEVIDEO, Ejido 298.—Diluciones esterilizadas para inyecciones hipodérmicas; sueros artificiales y líquidos opoterápicos inyectables. Opoterapia seca.

Enrique Alexander.—MONTEVIDEO, 18 de Julio 265B. — Acqua Vera.

Karl Fr. Töllner.—BREMEN.—Preparados medicinales.

Roch, Capdeville y C.ª—MONTEVIDEO, Cerrito 271.—Por la Chemische Fabrik, von Heyden.—Productos químicos.

Silvio Cassarino.—MONTEVIDEO, 25 de Agosto 144.—En representación de *Enrique Beautemps.*—Vino Bravais y solución Souffron; ioduro potasio.

Laguardia hermanos.—MONTEVIDEO, 18 de Julio 392.—Cepillo para limpiar los dientes naturales; una prótesis de caucho completa del maxilar inferior y superior; otra con encía de porcelana; un puente completo para el maxilar superior; varias coronas Richmond; varias obturaciones de porcelana y corrección de una irregularidad dentaria.

Juan B. Patrone.—BUENOS AIRES, Maipú 91.—Elíxir dentífrico; polvos dentífricos.

Antonio Lataillade.—MONTEVIDEO, Yatay 57 —Refrescos.

Surraco y Ferrúa.—MONTEVIDEO, Reconquista 298.—Por J. Pillischer (Londres): termómetros clínicos y de laboratorio de absoluta exactitud; por J. Hoffman, La Roche y C.ª (París): productos químicos; por Farbwerk vorm. Meister Lucius Brüning (Hoechst): productos quimicos; por doctor Silvio Dessy (Buenos Aires): preparados medicinales; por Dompé e Adami (Milán): preparados medicinales; por profesor Héctor Bertonelli (Turín): preparados; por Gio e Flli. Buitone (Sansepolero): pastina glutinada.

Francisco Giffoni y C.ª—RIO JANEIRO.—Representante en Montevideo: *Enrique Sá.*—Productos farmacéuticos: 63 frascos.

Della Croce y C.ª—MONTEVIDEO.—En representación de *Teodoro Hegenbach* (Buenos Aires). Aguas minerales, preparados médico-dietéticos, vendas para quemaduras (Bismútica).

Eugenio Avanzi.—BUENOS AIRES, Artes 345.—Colección de fotografías de las obras de salubridad de Buenos Aires.

Kropp Hueck y C.ª—MONTEVIDEO, Misiones 158.—Javol (agua para el cabello); Pastillas Purguen; harina para niños; aparatos para gimnasia.

Manuel D'Huicque.—BUENOS AIRES, Maipú 236.—Muestras de distintas variedades de café; procedimientos de higienización del mismo.

Theod. Greth.—Representante *Julio Mousqués*, Ituzaingó 159.—Caños porosos (patentados) para riego subterráneo.

Antonio Puga.—MONTEVIDEO, Rincón 290.—Agua mineral Carabaña; Jerez-Quina «El Aguila»; Oporto; Aceite de oliva; Estomacal «Santa Cruz»; Añejo esterilizado; Jerez Víctor.

Otto Feller y C.ª—MONTEVIDEO, Uruguay 128.—Agua Colonia, Odol, jabón de lanolina, aparatos Singer de desinfección al formol.

Hermann Gleiss.—MONTEVIDEO, San José 29.—Gabinete y baños portátiles.

Alfredo Nebel.—MONTEVIDEO, Médanos 270.—«Carnelina».

Calvet y C.ª—BUENOS AIRES, Cuyo 328.—Agua mineral «Mattoni»

Caetano Cardoso.—BUENOS AIRES.—En representación de Carlos Colombo: chocolates para diabéticos y confites; de Gerardo F. Gómez: productos de esterilización y algodones; de Manuel Pérez y C.ª, Ltd., leche en polvo Lactone; del doctor Camilo Clousolles, termo inhalador y dispensario para señoras; de Emilio A. Coll, tinta en polvo; de Benito Barthe, refrescos y vino quinado; de Pini Hnos. y C.ª, Vinos quinados «Koria» y «Pineral»; de Federico Arregger, Productos higiénicos y aparatos para la extinción de incendios; Ruiz y Ruiz, Vino Jerez-Quina; José Bau, aceite puro de oliva; Joaquín Martíns y C.ª, Vino tónico oporto «Monja»; de Arturo Cappelletti, botella irrellenable; Piazza Hermanos, cerveza negra marca «Azul».

J. Badea.—MILÁN.—Camas portátiles higiénicas.

Carlos Behrens.—MONTEVIDEO.—Aparatos ortopédicos.

Enrique S. Aldabó.—HABANA.—Jarabes.

Domingo Basso.—MONTEVIDEO.—Colección de plantas medicinales vivas.

J. Pascual Negri.—BUENOS AIRES.—Productos farmacéuticos.

José Sanabria.—MONTEVIDEO, San José 36.—Azucarera higiénica uruguaya.

Lorenzo Bottari.—MONTEVIDEO, Agraciada 523.—Tipos de pechera higiénica para caballos de tiro pesado, de tiro liviano ó con callos; esqueleto ó parte interna de la pechera; crines que se usan en el último relleno.

Marcelino Izquierdo.—MONTEVIDEO, 18 de Julio 103. BUENOS AIRES, Artes 390.—Fajas y corsés higiénicos de distintos modelos y aplicación.

Publicaciones

Dirección General de Estadística.—MONTEVIDEO.—Anuario Estadístico de la República (año 1902-1903).

Dirección de Estadística Municipal.—REPÚBLICA ARGENTINA.—Boletín Estadístico, años 1902-1905. Anuario Estadístico de la ciudad de Santa Fe, Memoria del Intendente Municipal.

Doctor Joaquín L. Jacobsen.—HABANA.—Boletín de la Liga contra la Tuberculosis, 2 tomos. La lucha antituberculosa en Cuba, 1 tomo.

Doctor Matías Duque, *Director del Hospital de Higiene.*—HABANA.—Memoria sobre el tratamiento de la lepra por el *Mangle rojo;* un trabajo «Cómo deben ser las leproserías»; otro titulado «Estudio de pato-higiene social»; folletos sobre reglamentación de la prostitución.

Serafín Sánchez Gobin.—Memoria sobre el trazado y construcción de una ciudad modelo para países tropicales.

Doctor Juan Santos Fernández, Presidente de la Academia de Medicina.—HABANA.—Colección de 31 volúmenes de «La Crónica Médica Quirúrgica de la Habana», colección de memorias sobre oftalmología.

Doctor E. López.—HABANA.—Archivos de la Policlínica Oftalmológica, tomo IX, año 1905; Estadísticas, 3 volúmenes, años 1890-1893-1906; historia de la Oftalmología en Cuba, 1895. Medicina, 1 volumen, 1895.

Doctor Manuel Delfín.—HABANA.—Varios ejemplares de «La Higiene», «Revista de medicina preventiva» y otros folletos.

Doctor Vicente de la Guardia—HABANA.—Muestrarios de vacuna contra la viruela, folletos y otros impresos publicados hasta la fecha por el Centro General de Vacuna de la Isla de Cuba.

Doctor Bernardo Moas.—HABANA.—Memoria explicativa de los servicios hospitalarios de la Asociación de Dependientes del Comer-

cio de la Habana, estatutos generales de la asociación y reglamento de las secciones en que está dividida.

Víctor Delfino.—BUENOS AIRES.—Memoria sobre el alcoholismo.

Juan B. Patrone.—BUENOS AIRES —Consejos de un dentista.

Ministerio de Fomento.—PERÚ.—La Crónica Médica, 22 volúmenes. Datos demográficos de la ciudad de Lima, 1 volumen. Censo del Callao, 1 volumen. Memoria municipal de Lima, 1 volumen. Saneamiento de Lima: Biffi, 1 volumen. Reglamento de Sanidad, 1 volumen. Mortalidad por fiebre tifoidea: García, 1 volumen. Estudio médico del departamento de Loreto, 1 volumen. Doctor Avendaño, 1 volumen. Enfermedades evitables—Eyzaguirre, 1 volumen. Análisis del agua de Lima—Ribeyro, 1 volumen. Casa de Salud del doctor Barazzoni, 1 volumen. Clínica Quirúrgica del doctor Negro, 1 volumen. Istmo de Fiscarrald. La Combe. Von Hassel y Pesce, 1 volumen. Anatomía Patológica del Verrucoma de Carrión, 1 volumen. Escomel, 1 volumen. Infección experimental de la Llama con el virus vaccínico, 1 volumen. Pinta ó Ccara Hercelles, 1 volumen. Indígenas é Inmigrantes: Pesce, 1 volumen. La cuestión Higiénica: Craña, 1 volumen. Canalización é incineración de basuras: Biffi, 1 volumen. Provisión de brazos para la agricultura, 1 volumen. Boletín de la Dirección de Salubridad, 4 volúmenes. Un cartograma de puntos diagráficos de Lima. (Composición de la población por razas según distritos). Un diagrama de la peste en el Perú. Un diagrama del movimiento vegetativo de la ciudad de Lima. Un diagrama: atracción de las razas en el matrimonio. Un diagrama: atracción de las edades. Un diagrama: enfermedades evitables.

Oficina Demográfica Nacional.—BUENOS AIRES.—Boletín Estadístico, años 1899-1900.

Doctores Juan B. Miranda y F. Puga Borne.—CHILE.—Farmacopea Chilena, 1 tomo. Tratado de Farmacia, 2 tomos y un suplemento.

Sociedad Italiana de Beneficencia.—BUENOS AIRES.—Memoria del Hospital Italiano, años 1881-1902.

Sociedad de Medicina.—MONTEVIDEO.—Folleto de propaganda contra la enfermedad hidática.

Luis Morandi.—MONTEVIDEO.—Normales para el clima de Montevideo.

Doctor Francisco P. Súnico.—BUENOS AIRES.—Concepto de la higiene moderna aplicada á los medios y á las colectividades escolares.

Doctor Faustino J. Trongé.—BUENOS AIRES.—Folleto «Sonda de doble corriente para irrigación intrauterina».

Héctor Laguardia.—MONTEVIDEO.—Generalidades sobre higiene dentaria.

MIEMBROS DEL JURADO DE LA EXPOSICIÓN

DOCTOR JOSÉ SCOSERIA
DOCTOR GABRIEL HONORÉ
PROFESOR VICENTE CURCI
PROFESOR DOMINGO GIRIBALDO
DOCTOR PRUDENCIO DE PENA
DOCTOR JOAQUÍN DE SALTERAIN
PROFESOR ANTONIO PELUFFO
PROFESOR JOSÉ G. GUGLIELMETTI
DOCTOR JUAN F. CANESSA
DOCTOR ARTURO BERRO
DOCTOR JOSÉ BRITO FORESTI
DOCTOR EDUARDO MARTÍNEZ
DOCTOR JUAN POU ORFILA
PROFESOR ENRIQUE LAVENTURE
PROFESOR SANTIAGO BARABINO
PROFESOR ARMANDO FALCO
DOCTOR JOSÉ A. AGUERRE
DOCTOR GERARDO ARRIZABALAGA.

NÓMINA DE LOS EXPOSITORES PREMIADOS

Medalla de oro con mención especial del Jurado

Compañía Salus.—Montevideo.—Por el Agua Salus.

Pablo Ferrando.—Montevideo.—Por los aparatos y muebles quirúrgicos de su fabricación y conjunto de la instalación.

Medalla de oro

Asociación Paulista de Sanatorios Antituberculosos.—Brasil.
Dirección de Salubridad de Lima.—Perú.
Instituto Experimental de Higiene.—Montevideo.
Instituto Nacional para la predicción del tiempo.—Montevideo.
Dirección de Salubridad.—Montevideo.
Comisión de Caridad y Beneficencia Pública.—Montevideo.
Sociedad de Beneficencia de la Capital.—Buenos Aires.
Instituto Nacional Físico-Climatológico.—Montevideo.
Penitenciaría Nacional.—Buenos Aires.
Museo y Biblioteca Pedagógicos.—Montevideo.

Consejo Penitenciario.—Montevideo.
Departamento Nacional de Ingenieros.—Montevideo.
Hospital Italiano.—Montevideo.
Hospital Italiano.—Buenos Aires.
Liga Argentina contra la Tuberculosis.
Liga Uruguaya contra la Tuberculosis.
Oficina Técnica Administrativa de las Obras del Puerto.—Montevideo.
Dirección General del Registro de Estado Civil.—Montevideo.
Consejo Nacional de Higiene.—Montevideo.
Dirección General de Estadística.—Montevideo.
Dirección de Estadística Municipal.—Santa Fe.
Oficina Demográfica Argentina.—Buenos Aires.
Sociedad de Medicina.—Montevideo.
Salubridad de Santiago.—Chile.
Instalación del Paraguay.
Doctor Gabriel Honoré.—Montevideo.—Aparatos para la desinfección al formol.
Doctor Vicente de la Guardia.—Habana.—Muestras de vacuna y publicaciones.
Lorenzo Cianzi.—Buenos Aires.—Radiografías.
Doctor Alberto Greslebin.—Buenos Aires.—Aparato perforador para el examen del suelo.
Compañía del Gas.—Montevideo.
Manuel d'Huicque.—Buenos Aires.—Cafés, etc.
Souza Imenes y C.ª—Montevideo.—Carne líquida del doctor Valdez García.
Domingo De Marco.—Montevideo.—Dulces, bombones, etc.
Carpinacci é hijos.—Buenos Aires.—Bizcochos y galletitas.
Compañía Salus.—Montevideo.—Agua Juvens.
Calvet y C.ª—Buenos Aires.—Agua Mattoni.
Patta Raspi y C.ª—Buenos Aires.—Agua Fiuggi.
Bensdorp y C.ª—Amsterdam.—Chocolate, cocoa y bombones.
Pablo Varzi.—Montevideo.—Vinos y aceite.
Antonio Lataillade.—Montevideo.—Refrescos.
Ignacio Silva.—Montevideo.—Kefir, etc.
José Massaroli.—Buenos Aires.—Vinos.
Enrique Alexander.—Montevideo.—Acqua Vera.
Juan J. Hore.—Montevideo.—Leche malteada Horlick.
José Peretti.—Montevideo.—Agua Nocera Umbra y aceite Sasso.
Tomás Gallego.—Montevideo.—Pan de gluten.

Alejandro Pagola.—Montevideo.—Conservas y dulces.

J. J. Walcker Sons y C.ª—Montevideo.—Harina lacteada Nestlé.

Unión Uruguaya.—Montevideo.—Elaboración de manteca.

Guillermo Caréac.—Buenos Aires.—Pan y pastas gluten, etc.

Agustín Marchese.—Buenos Aires.—Pan y pastas gluten, etc.

Antonio Puga.—Montevideo.—Agua Carabaña, Jerez-Quina Aguila, Aceite Isabel la Católica, Vino añejo, Oporto Aguila, Jerez Isabel la Católica.

Benito Berthe.—Buenos Aires.—Quina y refrescos.

Pini Hnos.—Buenos Aires.—Vinos.

Petillón, Galimberti y C.ª—Montevideo.—Jerez-Quina Ruiz, Aceite Bau.

Joaquín Martíns y C.ª—Montevideo—Vinos de Oporto.

Enrique Aldabó.—Habana.—Jarabes.

Kropp Hueck y C.ª— Montevideo,—Harina Kuffeke.

Compañía de Aguas Corrientes.—Montevideo.

Sociedad Anónima «La Argentina».—Buenos Aires.—Calefacción.

José Crespo Bru.—Buenos Aires.—Cielos rasos y tapices «Victoria».

Roch, Capdeville y C.ª—Montevideo.—Productos de esterilización.

Ricardo Algorta.—Montevideo.—Fabricación de jabones y artículos de tocador.

Víctor Coppetti.—Montevideo.—Esterilización y Opoterapia.

Gerardo Gómez.—Buenos Aires.—Esterilización.

Roch, Capdeville y C.ª—Montevideo.—Productos de la Chemische Fabrik von Heyden.

Pedro Bozzolo.—Montevideo.—Pastillas medicinales, caramelos, etc.

Angela V. de Petrel.—Buenos Aires.—Corsés y fajas ortopédicas.

Domingo Basso.—Montevideo.—Plantas medicinales vivas.

Federico Arregger.—Buenos Aires.—Aparato matafuego.

Alfredo Nebel.—Montevideo.—Carnelina.

J. C. Bader.—Milán.—Camilla-cama «Veleda».

Francisco San Román.—Montevideo.—Azucarero higiénico.

Surraco y Ferrúa.—Montevideo.—A. Pillischer (termómetros); á la Farmacia Central de París (productos químicos y farmacéuticos); Gio é Flli. Buitoné (pastas glutinadas).

Medalla de Plata

Museo Nacional.—Montevideo.

Dirección de Salud Pública.—San Pablo (Brasil).

Escuela de Agronomía.—Montevideo.

Bottaro y Schenone.—Montevideo.—Aparato deshollinador.

Felipe Artigas.—Buenos Aires.—Jabón de Eucalipto.

Antonio F. Martorell.—Montevideo.—Chocolate, cocoa, etc.

Jenaro Puglia.—Montevideo.—Kefir.

Carlos Colombo.—Buenos Aires.—Chocolate, caramelos, etc.

Piazza Hnos.—Buenos Aires.—Cerveza «Negra Azul».

Theod. Greth.—Alemania.—Caños de drenaje y riego.

Grether y C.ª—Montevideo.—Estufa de desinfección al formol.—Lámpara á alcohol carburado «Teutonia».

Della Croce y C.ª—Montevideo.—Vino Bravais.

M. Ferrari.—Montevideo.—Pavimentos de madera á mosaico de Zazi.

Abelardo Rey.—Montevideo.—Preparaciones para la higiene del cutis y del cabello.

Strauch y C.ª—Montevideo.—Creolina y sus preparaciones.

José Illa Font.—Montevideo.—Fósforos «La Eléctrica».

Emilio A. Coll.—Buenos Aires.—Tinta «The Eagle».

Emilio Massat.—Montevideo.—Jabón «Herradura».

J. B. Patrone.—Buenos Aires.—Elíxir y polvos dentífricos.

Doctor Matías Duque.—Habana.—Trabajos sobre la lepra é higiene social.

Doctor Manuel Delfín.—Habana.—Publicaciones.

Víctor Delfino.—Buenos Aires.—Memoria sobre «Alcoholismo».

José A. Ballestrino.—Montevideo.—Fabricación de sombreros de paja.

Castromán y C.ª—Buenos Aires.—Oxigenadores á la oxilitha.

Luis Bottari.—Montevideo.—Pecheras higiénicas.

Federico Arregger.—Buenos Aires.—Pintura Asbetina.

Marcelino Izquierdo.—Montevideo.—Corsés, etc.

José Sanabria.—Montevideo.—Azucarera Higiénica Uruguaya.

Surraco y Ferrúa.—Montevideo.—Por los productos de J. Hoffman, Larroche y C.ª, y Farbwerk vorm. Meister Luccius und Brünning.

Medalla de bronce

Strauch y C.ª—Montevideo.—Aparato «Minimax».

Hermann Gleiss.—Montevideo.—Baños portátiles.

Ferraro y Olivé.—Buenos Aires.—Depilatorio y agua para el cabello.

José Peretti.—Montevideo.—Quinina Migone.
Carlos Behrens.—Montevideo.—Aparatos Ortopédicos.
Laguardia Hnos.—Montevideo.—Dentistería.

Diploma de Honor

Strauch y C.ª—Montevideo.—Pasta Conservol.
Quírico Núñez.—Montevideo.—Estropajo higiénico.
Grether y C.ª—Montevideo.—Cajillas «Imperial» para cigarrillos.
Manuel Pérez.—Buenos Aires.—Lactona.
Arturo Cappelletti.—Buenos Aires.—Botella irrellenable.
Carlisle Crocker y C.ª—Montevideo.—Norias.
J. Paul Liebe.—Dresde.—Productos farmacéuticos.
M. P. Portela.—Buenos Aires.—Preparaciones para la higiene del cutis. «Belleza Ideal».
Otto Feller.—Montevideo.—«Odol».
Francisco Giffone.—Río Janeiro.—Productos farmacéuticos.
J. Benzo.—Montevideo.—Agua Jane.
Antonio Bianchi.—Montevideo.—Callicida Luser.
Cabrija y C.ª—Montevideo.—Agua Cristal.
José Peretti.—Montevideo.—Hierro-Quina Bisleri; preparaciones de Bertelli, de Rieger, de Phillips.
J. Brauer.—Montevideo.—Extracto de Malta puro.
J. Pascual Negri.—Buenos Aires.—Fosfarina.
Doctor Faustino Trongé.—Buenos Aires.—Sonda intrauterina.
José Crespo Bru.—Buenos Aires.—Pintura Frigorífica «Victoria».
Pablo Berteletti.—Montevideo.—Sillón articular y canasto higiénico.
Juan Negri.—Montevideo.—Balanzas higiénicas.
Juan L. Valle.—Montevideo.—Jarabes.
Patta Raspi y C.ª—Buenos Aires.—Extracto de malta Evere; aguas y sales de Salsomaggiore.
Federico Arregger.—Buenos Aires.—Cascarolit.
Surraco y Ferrúa.—Montevideo.—Por las preparaciones del doctor Silvio Dessy; por los productos de Dompé Adami y preparados de Héctor Bertonelli.
F. O. N. Goetze.—Termómetros.

ÍNDICE

ÍNDICE

Preliminares. Organización

Programa general

Sesiones

VISITAS, PASEOS Y RECEPCIONES

Trabajos anunciados al Congreso

Nómina de los miembros adherentes

EXPOSICIÓN INTERNACIONAL DE HIGIENE

Catálogo general de la Exposición

ACTAS Y TRABAJOS

DEL

TERCER CONGRESO MÉDICO LATINO-AMERICANO

TERCER CONGRESO MÉDICO LATINO-AMERICANO

MONTEVIDEO — 17-24 DE MARZO DE 1907

ACTAS Y TRABAJOS

TOMO II

2.ª Sección (Medicina)

ENCARGADO DE LA PUBLICACIÓN:

Doctor J. POU ORFILA,

Prosecretario del Comité Ejecutivo.



MONTEVIDEO

Imprenta "El Siglo Ilustrado"

23—CALLE 18 DE JULIO—23

1908

2.ª SECCIÓN (MEDICINA)

1.ª SESIÓN

LUNES 18 DE MARZO DE 1907

Presidencia del doctor Araujo (DE RÍO DE JANEIRO)

SUMARIO: —Acta.—*Dr. Aráoz Alfaro*—Moción de homenaje á la memoria del doctor Manuel Victorino Pereira.—*Drs. Gotuzzo y A. Austregésilo*—La ankilostomiasis en sus relaciones con los estados mentales.—*Dr. Juan Servetti Larraya* — Consideraciones generales sobre el artritismo. Frecuencia de sus manifestaciones en el Uruguay.—*Dr. Gregorio Aráoz Alfaro*—Importancia práctica de la punción lumbar.—*Dr. Tomás Varsi*—Sobre un nuevo tratamiento de la sífilis sin mercurio ni yodo.

Acta

El diez y ocho de marzo de mil novecientos siete, reunida la Segunda Sección del Congreso, en su primera sesión, bajo la presidencia del doctor don Manuel José de Araujo, de Río Janeiro, antes de pasar á tratar la orden del día, el doctor Aráoz Alfaro, de Buenos Aires, propone que los presentes se pongan de pie en homenaje á la memoria del doctor Manuel Victorino Pereira, que ocupó la presidencia de la Sección de Medicina del Congreso Científico Latino Americano. Puesta á votación, los señores Congresales se adhieren por unanimidad. El señor Presidente agradece el homenaje realizado á la memoria del doctor Pereira. Se pasó en seguida á la orden del día, no

dando lugar á discusión los trabajos presentados por el doctor Gotuzzo, de Río Janeiro, sobre «Ankilostomiasis en sus relaciones con los estados mentales»; del doctor Servetti Larraya, de Montevideo, sobre «El artritismo y sus formas más frecuentes en el Uruguay», y del doctor Varsi, de Bahía Blanca, sobre el tratamiento de la sífilis sin mercurio ni yoduro. Asimismo se consideró el informe presentado por el doctor Aráoz Alfaro sobre la «Punción lumbar», que dió lugar á un debate en el que tomaron parte los doctores Gotuzzo, de Río Janeiro; Sisto, Cafferatta, de Buenos Aires; Varsi, de Bahía Blanca; De León y Morquio, de Montevideo, volviendo á hacer uso de la palab a el doctor Aráoz Alfaro.

Indicación del doctor Aráoz Alfaro

Dr. Aráoz Alfaro—Pido la palabra.

Señor Presidente: Antes de iniciar los serios trabajos á que debemos entregarnos por varios días, quiero hacer una indicación que espero ha de ser aceptada por esta noble Asamblea.

Hace seis años, señor, presidía la Sección de Medicina del 2.º Congreso Científico Latino-Americano, un espíritu selecto, una inteligencia nobilísima, un pensador profundo y un orador brillante, el doctor Manuel Victorino Pereira, delegado de los Estados Unidos del Brasil.

La muerte arrebató prematuramente tan grande hombre á la ciencia y á su país, y hoy, al congregarnos en esta Asamblea en que están presentes tantos que escucharon su palabra cálida y florida, como cálida y florida es la hermosa tierra en que naciera, cumplo con un deber imperioso de mi conciencia y de mi sentimiento, pidiendo que nos pongamos de pie en homenaje á su memoria ilustre, que debe perdurar rodeada del respeto y del afecto de todos los hombres ilustrados de la América.

Palabras del señor Presidente

Sr. Presidente—É com a maior satisfação que recebo, na qualidade de Presidente d'esta Secção, para ser submettida á discussão e conseguinte approvação dos senhores Congressistas, a indicação de pezar pelo fallecimento do Dr. Manoel Victorino Pereira, apresentada pelo Dr. Aráoz Alfaro, por quanto, como brazileiro que o sou, e collega que era, do eminente morto, me é summamente agradavel ver a sua memoria recordada nas sessões d'este Congresso.

As desordens mentaes na ankylostomiase

POR

A. Austregésilo e H. Gotuzzo (DE RÍO DE JANEIRO)

Medicos alienistas do Hospicio Nacional de Alienados

Já data de longo tempo a accusação feita aos vermes intestinaes de serem causadores das desordens psychicas observadas em individuos portadores delles.

Em quasi todos os psychiatras do seculo passado, a começar por Esquirol, encontrar-se-á a verminose occupando sensivel lugar entre as causas da alienação mental. Seria extensa demais a citação dos numerosos casos em que variadissimos accidentes psychicos são attribuidos exclusivamente á presença de vermes nos intestinos.

Muito mais moderado é Kraft-Ebbing quando, ao relatar «casos agudos de excitação» produzidos por esta causa, chega á seguinte conclusão: «As psychoses por helminthos são raras e observam se em moços de fundo miopragico».

A nosso ver, a opinião deste mestre é perfeitamente justa. A frequencia assignalada pelos autores passados é um exaggero resultante de uma falsa interpretação, em virtude da qual se tomava por causa determinante aquillo que era quasi sempre uma causa occasional. Neste ponto, a semelhança é notavel entre o que se passa na psychiatria e o que se verifica na pediatria: a verminose, na etiologia das doenças infantis, teve importancia primordial—uma longa lista de estados morbidos seria causada pela presença de vermes nos intestinos das creanças; hoje, ao contrario, a helminthiase é tida, na immensa maioria dos casos, por uma coincidencia banal, sem importancia pathogenica, a que não se podem attribuir os maleficios pelos quaes foi outr'ora responsabilisada.

Mas, apezar de consideravelmente reduzida de importancia, a causa que estudamos não deve de todo desapparecer na etiologia da alienação mental. Tenias, ascarides, oxyures, actuando sobre individuos predispostos por forte tara psychopathica, podem determinar desordens mentaes de maior ou menor gravidade.

O facto é raro, mas existe.

O que, porém, até hoje não foi ainda assignalado em pathologia mental são as grandes alterações psychicas que podem observar-se no decurso da ankilostomiase.

Não nos queremos referir a *leves alterações do caracter*, tão frequentes em muitos outros estados morbidos, nem tampouco ás muito conhecidas *desordens do paladar e do appetite*, cuja perversão póde, na uncinariose, levar ás maiores extravagancias imaginaveis. Com effeito, a parorexia da ankylostomiase—pica, malacia, etc., já é de ha muito descripta, embora considerada como a expressão directa do soffrimento do tubo gastro-intestinal, séde das uncinarias. Como fez observar o Professor Azevedo Sodré, em sessão da Academia Nacional de Medicina, quando um de nós communicava a esta associação o que haviamos observado no assumpto que ora nos occupa, é preciso alongar tal interpretação e considerar a parorexia já como uma manifestação do psychismo alterado.

Mas, repetimos, as alterações do caracter e do appetite são desvios mentaes já de longa data descriptos na symptomatologia da ankylostomiase. O que, porém, até hoje não foi assignalado no decurso da infestação uncinariotica é o apparecimento dos grandes syndromas mentaes.

No anno de 1906, em nossos serviços do Hospicio Nacional de Alienados, tivemos occasião de observar tres casos de uncinariose acompanhada de grandes alterações psychicas, entre as quaes não se póde deixar de estabelecer uma relação de causa a effeito.

Passamos a descrever esses casos:

1.ª OBSERVAÇÃO

Ankylostomiase, degeneração, episodio delirante (idéas hypochondriacas e persecutorias)

A. J. S., brasileiro, 26 annos, preto, sabendo ler e escrever; entrado para a Secção Calmeil a 14 de outubro de 1906. Mãe hysterica. Ausencia de syphilis e alcoolismo. Nos primeiros dias de permanencia no serviço, manteve-se em mutismo quasi completo, triste, desconfiado. Pouco mais tarde, entrou a fallar, queixando-se de fortes e continuas dores no estomago e na cabeça, as quaes já datavam, dizia elle, de alguns mezes; accusava tambem falta de ar, cansando-se a um pequeno esforço

Todos esses males attribue á ingestão de «veneno» que lhe teria sido ministrado por pessoas com quem vivia, ás quaes, entretanto, nunca houvera feito mal algum, e cujo acto criminoso não póde, por conseguinte, justificar nem explicar.

Impressionados pela accentuada anemia do doente, acompanhada de sopro systolico com maximo no 4.º espaço, acima da ponta, pela presença de ligeiro edema dos membros inferiores e da face, pelo aspecto dos olhos e da lingua, em uma palavra, pelo seu *ar* de opilado, pedi-

mos o exame microscopico das fezes, o qual revelou a presença de grande quantidade de ovo de uncinaria. Ao mesmo tempo, a contagem globular especifica indicava accentuada eosinophilia.

A' vista disso, foi logo instituido um tratamento antihelminthico (purgativo, 6 capsulas de thymol de 1 gr. cada uma, tomadas com o intervallo de um quarto de hora uma da outra, novo purgativo) tendo sido essa intervenção therapeutica repetida por tres vezes no espaço de 45 dias.

O doente foi aos poucos melhorando em seu aspecto geral, as dores e a falta de ar deixaram de existir; o delirio, mistura de hypochondria e perseguição, foi-se apagando, até desapparecer completamente em fim de novembro, isto é, cerca de um mez e meio depois da entrada do paciente. Este teve alta a 15 de dezembro, sem vermes e sem delirio.

2.ª OBSERVAÇÃO

Ankylostomose, degeneração inferior, dysmnesia, delirio incoherente

P. A., natural do Estado de São Paulo, branco, 19 annos, solteiro, sabendo ler e escrever, empregado no commercio em Minas.

Deu entrada na «Secção Pinel» a 16 de outubro de 1906, apresentando grande pallidez cutanea e mucosa, escleroticas azuladas, ligeiro edema palpebral, sopro anemico preinfundibular e endoapexiano. Exame hematologico: grande diminuição do numero das hematias e da percentagem de hemoglobina, leve hyperleucocytose, notavel eosinophilia (18 %). Exame das fezes: presença em grande quantidade de ovos de uncinaria.

Encontram-se muitos estigmas physicos de degeneração. Onanismo. Ausencia de syphilis e alcoolismo.

Apresenta pronunciadas alterações da memoria, sobretudo no que diz com os factos recentes. Existem idéas delirantes religiosas e de grandeza pueril. Tudo muito incoherente e sem systematização.

Como na observação precedente, a infestação, graças ao tratamento pelo thymol, desappareceu aos poucos e tambem gradativamente desappareceram as desordens mentaes.

O paciente teve alta, em muito boas condições, a 14 de dezembro.

3.ª OBSERVAÇAO

Ankylostomose, degeneração inferior, confusão mental

M. A. O., preto, brasileiro, moço (edade exacta ignorada), entrado para a «Secção Pinel» a 12 de março de 1906, apresentando o quadro clinico de ankylostomiase, confirmada pelo exame microscopico das fezes.

Exame hematologico: hemoglobina, 35; densidade, 1,060; congelação, 1'10''; hematias, 4.100.000; globulos brancos: pequenos lymphocytos 11 %, grandes lymphocytos 12 %, mononucleares 6 %, polynucleares neutrophilos 52 %, polynucleares eosinophilos 16 %, transição 3 %.

O doente, que é portador de varios estigmas physicos de degeneração e se onanisa, apresenta, ao entrar para o serviço, perda completa das noções de tempo e de lugar. Confusão mental accentuadissima. Quando, algum tempo depois, esta diminue, sobrevem um curioso estado psychico, em virtude do qual o doente, ironico e sarcastico, ridiculiza todas as pessoas

e coisas, o qual estado se assemelha áquelle descripto por Oppenheim, sob a denominação de «mania do motejo», em casos de tumores do lobo frontal.

Aqui se verificou a mesma marcha que nos casos precedentes: melhoras parallelas da infestação uncinariotica e das desordens mentaes. Finalmente, cura d'uma e d'outras.

Nos tres casos clinicos que acabamos de descrever, que especie de relação existe entre a ankylostomiase e as desordens mentaes? Haverá simples *coincidencia* da infestação uncinariotica com as alterações psychicas apontadas, ou tratar-se-á de uma *relação de causa a effeito* entre esses dois grupos de manifestações morbidas?

Parece-nos que a questão deve ser resolvida pela ultima alternativa: a ankylostomiase foi a causa determinante das desordens mentaes.

Prova-o, em primeiro lugar, a *evolução* da molestia: ao mesmo tempo que diminuiam os symptomas e signaes ordinarios da infestação, apagavam se as alterações psychicas. O parallelismo foi tão franco, tão evidente, que se diria eschematico.

Prova-o, em segundo lugar, a *qualidade* do delirio relatado na primeira observação: symptomas banaes da uncinariose, taes as dores do estomago e de cabeça, a falta de ar, etc., foram interpretados pelo doente como manifestações de um envenenamento practicado por determinadas pessoas; em outras palavras, o doente construiu sobre as suas desordens cenesthesicas o seu delirio hypochondriaco e persecutorio.

Aliás, não nos deve de modo algum surprehender o facto da uncinariose poder determinar, *em certos individuos*, o apparecimento de desordens mentaes de tão alta monta Sabe se, desde Lussana, que o ankylostoma secreta diversas substancias toxicas, as quaes, introduzidas na torrente circulatoria, vão diffundir-se pela atmosphera liquida em que vivem todos os nossos elementos anatomicos o que constitue o chamado meio interno.

A's substancias toxicas secretadas pelo parasita, é necessario juntar os venenos resultantes da acção d'essas substancias sobre todos os tecidos, a qual acção tem sido especialmente estudada nos elementos do sangue.

Levadas, portanto, ao contacto das cellulas cerebraes psychicas, vão necessariamente alterar-lhes o metabolismo; si, por herança ou por acquisição, taes cellulas são miopragicas, isto é, si pertencem ao cerebro de um individuo predisposto ou degenerado, não admira que essas alterações do metabolismo possam traduzir-se por delirio e outras desordens mentaes.

Os factos parece provarem que o parasita intestinal pode determinar grandes desvios para o lado do psychismo; mas, si a observação não os demonstrasse, o simples raciocinio seria bastante para prever a existencia d'elles: ao mais apurado espirito critico não repugnaria por certo collocar as substancias toxicas secretadas pela *uncinaria duodenalis* entre os numerosos venenos de origem vegetal, animal ou mineral que podem provocar as desordens psychicas, mais ou menos intensas, mais ou menos duradouras, cuja descripção occupa um largo capitulo da psychiatria.

Não procede a objecção que porventura se queira levantar contra este modo de ver, baseada na pequena frequencia das desordens mentaes comparada á consideravel diffusão da uncinariose por nossos districtos ruraes. E não procede por varios motivos: em primeiro lugar, só agora [1] são chamadas as vistas para este ponto da psychiatria, sendo de esperar que uma observação mais prevenida dos factos permitta a descoberta de casos novos, semelhantes a outros anteriores que hajam passado despercebidos.

Em segundo lugar, si é verdade que, na ankylostomiase, não são frequentes os grandes syndromas mentaes, não é menos verdadeiro que as pequenas alterações psychicas (alterações do caracter, do paladar e do appetite) são frequentissimas, são de regra, pode-se dizer; ora, as differenças existentes entre esses dois grupos de desvios do psychismo são differenças apenas de grau, de quantidade e não de qualidade. Finalmente, convem lembrar que a malaria, não obstante ser endemica em tantos pontos do nosso paiz, mui poucas vezes é apontada como a causa *directa* das desordens mentaes apresentadas pelos doentes de nossos serviços; e, no emtanto, ninguem poderá negar que o impaludismo é uma das causas *determinantes* de dysphrenia.

Já os Professores Juliano Moreira e Afranio Peixoto, em seu admiravel relatorio, lido no Congresso de Lisboa de 1906, sobre as *Molestias mentaes nos climas tropicaes*, apontaram a uncinariose como a causadora do *deficit* psychico tantas vezes observado nos filhos de ankylostomiasicos. «Os descendentes destes doentes são frequentemente imbecis ou debeis mentaes, sem que nenhuma outra cousa pareça ter concorrido para tal resultado».

---

1 Já estava publicado este trabalho, quando encontrámos, na *Revista Medica* de 1876, um artigo do Sr. Dr. Luiz de Mello Brandão, em que o autor chama a attenção para algumas desordens mentaes observadas em ankylostomiasticos, chegando mesmo a apontar seis casos de suicidio por estrangulação.

Além de productora dessa dystrophia dos paes que vae tão tristemente repercutir sobre a nova geração, apontemos ainda a ankylostomiase como *causa determinante* de desordens mentaes de variados quadros clinicos.

RESUMÉ

L'ankylostomiase doit être considérée comme une cause déterminante de dysphrénie. Les troubles mentaux déterminés par l'ankylostomiase sont de deux sortes: les uns, décrits depuis longtemps, quoique autrement interprétés, sont très fréquents et d'ordinaire peu intenses; ce sont les altérations du caractère, de l'appétit et du goût, dont parlent tous les auteurs; les autres, qu'on n'avait pas encore signalés, jusqu'à ce jour, de beaucoup moins fréquents, mais bien plus intenses, se présentent sous les formes des grands syndromes mentaux. L'apparition de ces troubles est conditionnée:

a) par une cause prédisposante—la dégénérescence;

b) par une cause déterminante—l'ankylostome. Leur pathogénie s'explique par l'intoxication et l'épuisement que présentent les ankylostomiasiques. Le traitement anti-parasitaire peut faire disparaître ces troubles mentaux.

Consideraciones generales sobre el artritismo. —Frecuencia de sus manifestaciones en el Uruguay.

POR EL

Dr. Juan Servetti Larraya (DE MONTEVIDEO)

I

DE LA NUTRICIÓN

En el dominio de las ciencias médicas, lo mismo que en las otras esferas de la actividad humana, los progresos son en cierto modo solidarios. Mientras que los bacteriólogos estudian las reacciones producidas sobre nuestras células por los gérmenes y sus toxinas, Charcot, Bouchard y sus discípulos se esforzaban, merced á procedimientos

idénticos, en llevar un rayo de luz al caos de las afecciones puramente orgánicas. Así, por ejemplo, abandonando las grandes síntesis, muy en boga hasta entonces, la ciencia se aplicaba á aislar, en su fisiología, cada uno de los elementos celulares que componen los órganos. Considerada como un fagocito, ocupado sin cesar en luchar por la vida, bajo la impulsión del sistema nervioso, la célula convertíase en una entidad, con su vida propia, su fisonomía normal y su patología.

De este modo se llegaba á considerar, de una manera completamente nueva—como vamos á ver—el mecanismo de la nutrición.

La nutrición es la vida, y á propósito de los fenómenos esenciales que la caracterizan, el profesor Bouchard recuerda que él ha definido la nutrición, hace ya veintitrés años, «un doble movimiento de asimilación y de desasimilación». Esta definición no ha perdido aún nada de su valor positivo.

Desde luego se estableció, que la vida de cada elemento celular se reduce á esos dos términos; es decir, perpetua creación y perpetua destrucción.

En el primer acto, puramente físico, la materia nutritiva penetra en el protoplasma, que se asimila (acto químico). Al mismo tiempo, la materia usada, es desasimilada (mutación retrógrada). Por último, es expulsada. Tal es el esquema de la biología celular. Los fenómenos pueden variar de un momento á otro, aumentar ó moderarse; pero siempre manteniéndcse en los límites fisiológicos.

Ese doble trabajo constituye «las mutaciones nutritivas». Ejecútase por medio de materiales introducidos por la alimentación, de los cuales, unos serán materia viva, al paso que los otros, destruídos en el organismo, engendrarán la fuerza, que se mide en calorías.

En suma, todos los tejidos engendran fuerza y calor. Pero los hay que tienen funciones especiales, y por este hecho mismo, prodúcense modificaciones de los materiales acumulados en esos tejidos. Estas modificaciones se distinguen de las mutaciones nutritivas, aunque no sea sino por el hecho de no ser constantes.

El destino de cada tejido vivo, desde la más simple célula hasta el órgano más complicado, es la lucha por la existencia, como dice Robert Peter.

El combate es sostenido por las fuerzas vitales colectivas de los elementos de composición.

La lucha es doble, reconstituyente y destructiva. *El metabolismo constructor ó proceso de nutrición*, se resuelve en una metamorfosis

reparadora de los tejidos, por los medios de la digestión y de la asimilación. El *metabolismo destructor* ó *proceso de deperdición*, se reduce á una metamorfosis regresiva de los tejidos, en cenizas fisiológicas, consecuencia del desgaste. En el orden racional de las cosas, está demostrado que semejante lucha por la existencia no puede continuarse con éxito, sino á condición de que estén equilibrados los procesos de nutrición y de deperdición ó merma. El equilibrio de esta doble función puede ser roto por un accidente ó por una enfermedad. Cuando esto sucede, los tejidos viven más de prisa de lo que mueren, ó mueren más de prisa de lo que viven, y á no ser que la relación efectiva se mantenga entre la nutrición y la merma, los tejidos están condenados á una debilitación progresiva, y finalmente á la muerte.

La inmunidad natural en los tejidos del organismo, depende de su poder defensivo; el poder defensivo, de la resistencia vital, y la resistencia vital de la fuerza vital. En la conservación de la fuerza vital, la nutrición desempeña el papel más importante, y constituye su principio fundamental.

Si admitimos ahora que uno de los actos fisiológicos que acabamos de describir domina sobre el otro, tendremos: si es la asimilación, hipertrofia; si es la desasimilación, atrofia.

Pero un tercer caso puede presentarse: las células pueden apropiarse del medio ambiente, tal ó cual substancia, con preferencia á otra cualquiera. Entonces, por un mecanismo diferente, tendremos una nueva categoría de trastornos de la nutrición.

Supongamos, por último, que ese medio ambiente se halla cargado de un veneno cualquiera: entonces las células que toman en él su alimento, podrán quedar á su vez intoxicadas (toxinas, alcoholismo, saturnismo, etc.).

Por el corto bosquejo que acabo de hacer, se comprende cuán variados y complejos pueden ser los fenómenos nutritivos, considerados únicamente en lo que respecta al territorio limitado del protoplasma celular, producidos, como ya lo dejo dicho, bajo la impulsión del sistema nervioso.

No es solamente el sistema nervioso cerebro-espinal, que interviene en los fenónemos de la nutrición; el gran simpático desempeña también un rol de gran importancia en la producción de dichos fenómenos.

El sistema del gran simpático, por la acción que ejerce por medio de sus filetes vasomotores sobre los capilares de los tejidos y de los

órganos de la nutrición, de las secreciones y de las excreciones, desempeña el importante rol de regulador de todas las funciones de la economía, lo que explica la influencia que él puede tener en la producción y en la evolución del artritismo. La insuficiencia funcional, en los fenómenos intraorgánicos de oxidación y de eliminación, se halla, pues, de una manera manifiesta, bajo la dependencia del sistema nervioso.

La influencia que el sistema nervioso, perturbado, ejerce sobre las reacciones químicas intracelulares, era designada por el profesor Landouzy con el nombre de neuroartritismo. De manera que la alteración nerviosa es una condición indispensable de los trastornos que produce la viciación de los cambios orgánicos que serían secundarios y no primitivos.

La alteración nerviosa resulta de excitaciones repetidas, soportadas tanto por el gran simpático como por el sistema cerebro-espinal, las cuales, durante varias generaciones, han venido preparando el terreno orgánico para esa desviación del tipo nutritivo normal, que constituye el artritismo, y que sostiene un medio, reproduciendo las mismas condiciones (medio urbano, fatiga intelectual, etc.)

El doctor Haimade (de Plombières), define una de las formas clínicas de esta diátesis,—el reumatismo crónico,—de la siguiente manera: «un sindrome mórbido, provocado en los neuroartríticos, por una excitación del gran simpático, cuya reacción vasomotriz, secretora ó trófica, se verifica en los puntos débiles del organismo, sea en la periferia, sea en las vísceras».

II

EL ARTRITISMO Ó DIÁTESIS ARTRÍTICA

Cada individuo, al nacer, aporta su contingente de valor nutritivo, ya sea que lo tenga de sus ascendientes, ó que lo haya adquirido, por razón de ciertas condiciones particulares de su vida intrauterina. Su constitución, ó en otros términos, «la estructura de su cuerpo», ó mejor aún, su temperamento, es decir, «la actividad de su organismo», serán en él de tal naturaleza, que los cambios celulares tendrán un carácter particular, dado que cada individuo tiene su personalidad propia, desde el punto de vista fisiológico, lo mismo que desde el punto de vista físico.

Admitamos ahora, con Legendre, «que las variaciones individuales

en la intensidad de las mutaciones nutritivas, ó en el modo de su realización, son bastante acentuadas para salirse de los límites del estado fisiológico». Es fácil comprender, en este caso, «que llegarán casi fatalmente á hacer enfermar al individuo, en una cierta época de su vida, determinando en él la manifestación de ciertas afecciones especiales. La palabra *temperamento* no basta ya, entonces, para caracterizar la anomalía de la nutrición, sino que hay que emplear la palabra *diátesis*».—La diátesis, pues, es un temperamento morboso (Bouchard).

Veamos ahora, de una manera rápida, las opiniones emitidas por los diversos autores: Bouchard busca la causa de esta diátesis en la lentitud de las combustiones orgánicas, á la que ha dado el nombre característico de *nutrición retardada;* Landouzy se halla de acuerdo con él, puesto que da el nombre de *neurosis braditrófica* á ese complexo patológico; Lancereaux por su parte, le aplica el término de *neurosis vasotrófica*

Hanot se había esforzado en dar á esa diátesis una definición más comprensible: le llama «estado constitucional particular, caracterizado, entre otros constituyentes, por un viciamiento ordinariamente congénito y hereditario, del tejido conjuntivo y de sus derivados, que les pone en un estado de menor resistencia».

Widal ha dicho que el artritismo es al reumatismo lo que la escrófula á la tuberculosis. Esta es acaso una comparación ingeniosa, pero no arroja ninguna luz sobre la verdadera naturaleza de la diátesis: en la escrófula existe una vulnerabilidad especial del sistema linfático y glandular; en el artritismo, el tejido conjuntivo es defectuoso. El tuberculoso engendra á menudo hijos escrofulosos; individuos reumáticos y gotosos transmiten á su descendencia la diátesis artrítica.

El artritismo puede estar representado por el tronco de un árbol, del cual parten numerosas ramas: cada una de ellas corresponde á una enfermedad distinta, que debe su individualidad á la idiosincrasia del enfermo, á lo que le rodea, y algunas veces á la presencia de un microorganismo especial.

Si seguimos este razonamiento, podremos comprender, como un artrítico rico, es susceptible de volverse gotoso, obeso, diabético, al paso que el pobre que posea esta tacha hereditaria tiene probabilidades de llegar á ser víctima del reumatismo nudoso, llamado también *gota* del pobre. Si el uno ó el otro se exponen á cambios bruscos de temperatura, ó acaso á una infección, puede verse atacado de reumatismo

articular agudo, ó de reumatismo crónico simple; pues los gérmenes patógenos habrán hallado entonces un terreno favorable para su *reproducción*.

III

CAUSAS DEL ARTRITISMO Y MEDIOS DE CORREGIRLO

El artritismo puede ser *hereditario*, constituyendo entonces una tacha de degeneración.

Puede ser, igualmente, *adquirido* bajo la influencia de condiciones desfavorables, á seguida de una existencia harto sedentaria, de una alimentación algo copiosa, ó bien como consecuencia de enfermedades infecciosas, tales como el reumatismo agudo, etc.

La causa del artritismo, que nos es más conocida, es la herencia, que la higiene y la educación modifican más ó menos, no llegando á hacerlo desaparecer nunca por completo: la herencia engaña á veces en apariencia, pero á la cual no se escapa nunca. Los hijos, en efecto, no presentan estrictamente la enfermedad que había padecido el padre ó la madre, pero sí su temperamento ó predisposición por una cualquiera de las manifestaciones que más adelante enumeraré. Un hijo de calculoso, por ejemplo, sufrirá la gota ó el cáncer; un hijo de hepático, terminará en la obesidad ó en parálisis. Se ha dicho que el artritismo saltaba á veces por encima de una generación; en todo caso, se trata de un hecho excepcional ó insólito.

Fuera de la herencia, las causas determinantes del artritismo son: a sedentariedad física, la supraalimentación y el *surmenage* psíquico, que transforma en enfermo verdadero al diatésico, que no es más que un enfermizo. Es esta etiología la que conduce prontamente á las complicaciones viscerales, á la senelitud ó á la muerte súbita de los artríticos que se descuidan.

No se puede considerar á la fatiga nerviosa, los trabajos intelectuales, las pasiones, las emociones violentas, como causas accidentales del artritismo, capaces de engendrarlo, de crearlo en su totalidad; pero sí, en realidad, muy capaces de despertar ó agravar sus manifestaciones.

Hereditario las más de las veces, el artritismo es creado ó entretenido á menudo por una higiene particular y defectuosa, en toda una clase de la sociedad, en la cual la vida se presenta desahogada y fácil.

Tomemos á un niño de esa clase y veamos de qué modo va á ser

educado, desde el punto de vista físico: tan luego como puede comer, se le alimenta de un modo excesivo; cuando llega á la pubertad, se le fatiga y recarga intelectualmente, al mismo tiempo que no hace ya, por decirlo así, ningún ejercicio. Más tarde, lanzado al mundo, sus infracciones á las leyes elementales de la higiene, son infinitas. Después de comidas suculentas y abundantes, que son ya una costumbre en su casa, va al teatro, al casino, á la reunión, donde respira un aire vicioso, que no es muy á propósito para corregir el recargo de su estómago. Las mismas habitaciones donde pasa la mayor parte del día, son faltas generalmente de aire, á causa del hacinamiento de muebles, de la multiplicación de cortinas y de tapices.

Si ese joven es un hereditario del artritismo, á los quince años tendrá epistaxis y jaquecas, á los veinte asma ó hemorroides, á los treinta obesidad. Sus orinas serán obscuras, de olor fuerte, espumosas, cargadas de muco y arenilla. Bruscamente, el primer acceso de gota vendrá á sorprenderle, ó bien el primer cólico nefrítico, y una vez entablada de este modo la partida, el mal seguirá su evolución regular, agravándose constantemente, si un método racional de tratamiento no interviene á tiempo para conjurarlo.

Lo que tiene que evitar antes que todo, para conservar el artrítico la integridad relativa de la salud, es el alcohol en primer lugar; las bebidas alcohólicas, fermentadas ó destiladas, verdaderos venenos, que momifican el protoplasma orgánico é impiden la operación normal de los cambios nutritivos. ¿No se ha dicho ya que la glotonería y el abuso de la mesa hacen en la tierra más víctimas que la dieta y las privaciones? La templanza y el ejercicio: he aquí los dos auxiliares del artrítico. Es necesario dejar de lado los alimentos demasiado fuertes: carnes rojas, de caza, grandes pescados, crustáceos, conchas y conservas en general; es necesario evitar los ácidos: acedera, tomates, trufas, etc., que favorecen el acidismo humoral; mientras que los alcalinos, frutas frescas y verduras, son, por el contrario, grandes remedios del ácido úrico en exceso.

El artrítico deberá habitar en las afueras de la ciudad y en parajes elevados y secos durante el verano, y en casa de la ciudad en invierno, pero que les dé el sol, la mayor parte del día. Levantarse temprano, hacer con frecuencia (todas las mañanas) abluciones y fricciones de la piel, á fin de favorecer por este gran emuntorio, la completa eliminación de los materiales nocivos de que está cargado el organismo. El ejercicio bajo todas formas, el trabajo manual, la vida al aire libre, excitarán las combustiones y las oxidaciones. Habitará un piso muy ventilado, y se guardará contra el *surmenage* psíquico y moral.

IV

ORIGEN DEL ÁCIDO ÚRICO EN EL ORGANISMO SANO Y SU ESTADO EN LA SANGRE

El artritismo es el tipo de las enfermedades de la nutrición, es decir, de las enfermedades en las cuales el trastorno de la nutrición lo domina todo, siendo primitivo al par que independiente de una enfermedad anterior.

Bajo esta denominación han venido á figurar gran número de manifestaciones, lógicamente derivadas de un principio común, y la síntesis se ha hecho de por sí, merced á la identidad de su origen. No son únicamente asociaciones, sino afinidades morbosas, según la expresión del profesor Bouchard.

Enfermedad general, interesando todos los aparatos, todos los tejidos, con localización predominante sobre tal ó cual órgano, es siempre, desde el punto de vista químico, el exceso de un principio orgánico lo que la caracteriza, y, desde el punto de vista anatómico, la larga serie de degeneraciones que pueden ser el resultado de ese recargo.

El ácido úrico en la gota, en las arenillas, en la piedra, vicia los humores é infiltra los órganos, se aloja en las cápsulas articulares, en el mismo esqueleto; la glucosa, los fosfatos, en las diabetes glucosúricas y fosfáticas, desempeñan el mismo papel. Ó bien es la grasa que dilata la trama de los tejidos, para constituir la obesidad; la colesterina, que infarta el hígado y llena la vesícula de piedras biliares; las toxinas provenientes de la fermentación biliar ó intestinal que impregnan los centros ganglionares y nerviosos; y las ptomainas, las leucomainas finales conduciendo á perturbaciones biológicas, que corrompen y envenenan el organismo entero. Trátase siempre, como se ve, de productos de desasimilación elaborados por los fenómenos íntimos de la nutrición normal ó viciada, formados en cantidad exagerada ó utilizados de una manera insuficiente para las necesidades de la vida. En la nutrición normal, hubieran experimentado de una manera completa las mutaciones y oxidaciones sucesivas que los hacen aptos para ser asimilados y empleados en el organismo (Richardière).

El ácido úrico desempeña desde hace mucho tiempo un papel importante en la patología médica. De su eliminación regular, de su

acumulación, de su retención en el organismo, resultan multitud de síntomas que han dado nacimiento, dado su origen común, á una gran familia patológica—el artritismo.

Garrod demostró que la única causa de esos estados morbosos era el exceso de ácido úrico en la sangre, cuando llevó á cabo el célebre experimento del hilo tendido en un cristal de reloj previamente cubierto de sangre de artrítico, y sobre el cual aparecieron, después de veinticuatro horas, numerosos cristales de ácido úrico.

Las condiciones que causan un sobreexceso de ácido úrico en la orina son:

1.ª Un aumento en la alimentación, de la cantidad de elementos ricos en bases xánticas y una oxidación defectuosa en el organismo, que puede ser ocasionada por hábitos sedentarios.

2.ª Un aumento de los corpúsculos blancos de la sangre. Los leucocitos contienen una gran cantidad de nucleínas, y de estas últimas resultan las bases xánticas, con las que el ácido úrico se encuentra en estrecha relación.

El ácido úrico proviene seguramente, en parte, de la destrucción de la nucleína de las núcleoalbúminas.

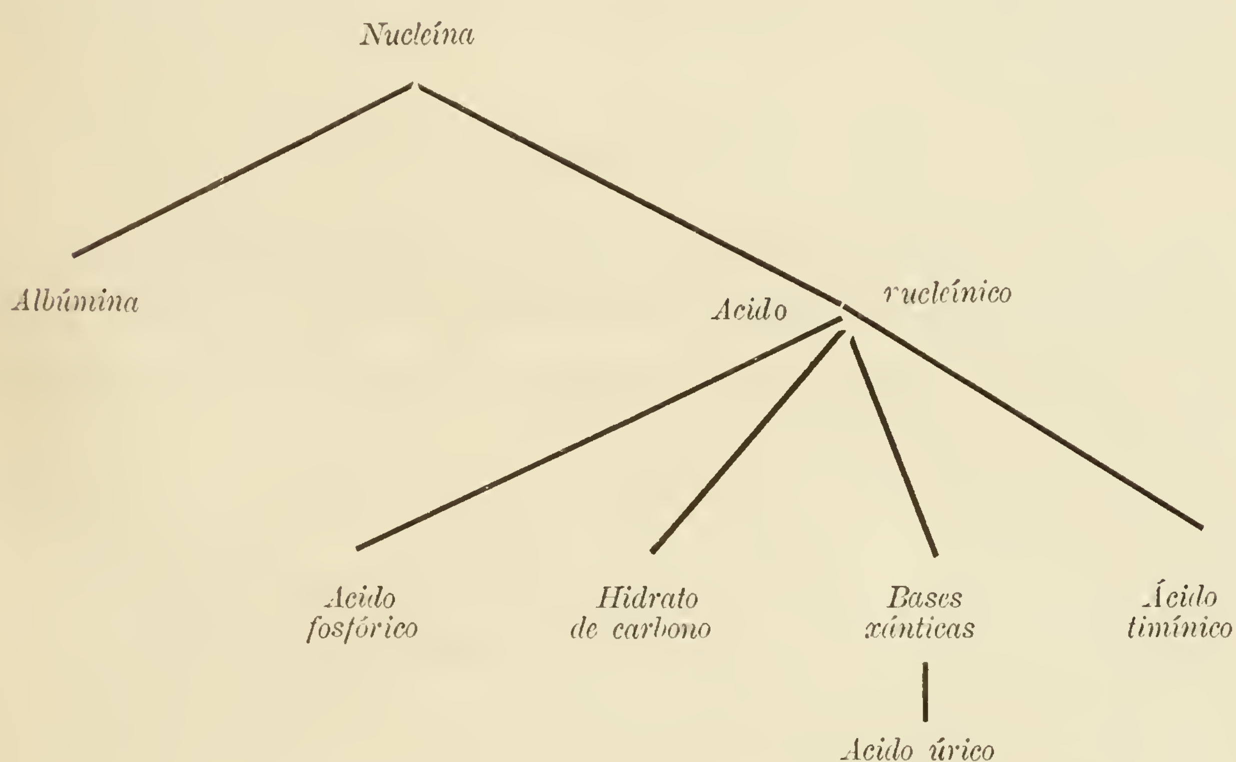
Para explicar este origen en el organismo humano, tendremos que estudiar, primeramente, los diversos proteídos contenidos en la alimentación y que forman los tejidos animales. Tres clases de proteídos podemos distinguir, que difieren entre sí por su composición química y su valor fisiológico. Primeramente encontramos, como el producto más simple, la albúmina, que forma el protoplasma de la célula viviente y que no contiene fósforo. En segundo lugar tenemos las paranucleínas, que presentan todas las propiedades y reacciones de los cuerpos albuminoideos, pero que tienen una cierta dosis de fósforo. Sus principales representantes son: la vitelina de la yema de huevo y la caseína de la leche; y finalmente, las nucleínas que constituyen la parte importante del núcleo celular y contienen fósforo en gran cantidad.

Al desdoblar las nucleínas, bajo la influencia de los álcalis, obtiénese, de una parte, la albúmina simple; y de otra, el grupo del ácido nucleínico, que contiene todo el fósforo de la nucleína. A su vez el ácido nucleínico, bajo la acción del calor y de un ácido mineral diluído, se desdobla en los productos siguientes: 1.º ácido fosfórico; 2.º un hidrato de carbono; 3.º un compuesto ácido que contiene una parte de fósforo de la molécula primitiva, y que es el ácido timonucleínico ó tímínico; 4.º las bases xánticas ó púricas, como las

llama Fischer. Por simple oxidación, se llega al ácido úrico, tomando como punto de partida dichas bases púricas que se encuentran en el organismo, allí donde existen nucleínas.

Se ve, pues, que la formación del ácido *úrico*, por vía del proceso normal de desintegración de las nucleínas, va acompañada de la producción de un ácido fosforado orgánico: el *ácido timínico*.

Las transformaciones sucesivas de las nucleínas, pueden ser esquematizadas del modo siguiente:



Estudiando la composición química del ácido úrico y de las bases xánticas, ha llegado Fischer á considerarlas como derivadas de la purina, una base sintetizada por él, que constituye la substancia madre de todos estos derivados. La composición química de estos cuerpos, tal como ha sido definitivamente establecida por Fischer, es la siguiente:

La purina, cuya fórmula es la siguiente:



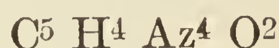
$$C^5\ H^4\ Az^4$$

Su combinación con una molécula de oxígeno, que es su derivado más simple, constituye la oxipurina ó *hipoxantina:*



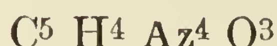
$$C^5\ H^4\ Az^4\ O$$

Por oxidación de la *hipoxantina*, obtenemos la dioxipurina ó *xantina:*



$$C^5 H^4 Az^4 O^2$$

Y por oxidación de la xantina, obtenemos la trioxipurina ó ácido *úrico:*



$$C^5 H^4 Az^4 O^3$$

En fin, el producto de oxidación de la adenina es la aminooxipurina ó guanina:



$$C^5 H^5 Az^5 O$$

Ya vemos, como dice Fischer, que por el procedimiento simple de oxidación pura, ó de oxidación combinada con la amidación, obtenemos el ácido úrico, partiendo de bases púricas que, en el organismo, se encuentran en todas partes donde hay nucleínas.

Pueden encontrarse dichas bases, como lo hace notar el mismo Fischer, combinadas con el ácido timínico para formar el ácido nucleínico, ó al estado libre, como la hipoxantina en la carne.

El ácido úrico libre es muy poco soluble, necesitándose 16 000 partes de agua á 18° c. para disolver una parte. Por consiguiente, no es al estado libre, como el ácido úrico, que se encuentra en el suero sanguíneo; pues dicha casi insolubilidad lo impide.

La hipótesis de que circula al estado de combinación salina no es admisible, en razón á que las sales monosódicas apenas si son más solubles que el ácido úrico mismo, y de otra parte, en razón á que las sales bisódicas no podrían existir en presencia del ácido carbónico.

Así es, que el ácido úrico, no se encuentra en el suero sanguíneo, al estado libre, ni en el de sales combinadas, y habíase admitido desde hace mucho tiempo, para poder explicar estos hechos, la opinión de que el ácido úrico circula en la sangre, al estado de combinación con una substancia orgánica, sin que se pudiera decir cuál era esa substancia.

Hoy puede admitirse, merced á los trabajos de Minkowski, de Goto y de Kossel, que el ácido timínico, que se forma siempre al estado normal, al propio tiempo que el ácido úrico, es precisamente el cuerpo que asegura la circulación del ácido úrico en el suero sanguíneo.

El ácido tímínico libre se presenta bajo el aspecto de un polvo amorfo, de color amarillo pardo, ligeramente higroscópico, de reacción débilmente ácida y casi insípido, es soluble en el agua é insoluble en el alcohol, que lo precipita de su solución acuosa. Su fórmula, según Minkowski, es:



$$C^{30}\ H^{46}\ Az^{4}\ O^{15}\ 2\ Ph^{2}\ O^{5}$$

Tratado por el ácido sulfúrico al 20 % da, entre otros productos diversos de desdoblamiento, una base que se puede aislar al estado cristalizado (la *Timina*).

El ácido tímínico posee la propiedad de mantener en solución su peso de ácido úrico, á la temperatuaa de 20° c., pero á la temperatura de la sangre 37° c., esa propiedad se aumenta en un 50 %.

Las propiedades del ácido tímínico y sus reacciones con ácido úrico, militan en favor de la hipótesis de Minkowski, Goto y Kossel, con relación á la circulación de este último, al estado de disolución, en el suero sanguíneo.

Una solución de ácido tímínico, mezclada con una solución de ácido úrico, forma *in vitro* una combinación en la que el ácido úrico no es ya precipitable, ni por los ácidos, ni por las sales metálicas.

Tal como lo ha probado Goto, si se acidifica esta mezcla por medio del ácido clorhídrico concentrado, el ácido úrico no se precipita, ó cuando menos, se precipita en proporción ínfima.

He aquí el resultado de una experiencia de Goto:

1.º Una solución de 0 gr. 05 de ácido úrico en 50 cc. de agua destilada, ligeramente alcalinizada y tratada por 1 cc. de ácido clorhídrico concentrado, ha suministrado al cabo de 24 horas, un precipitado que se eleva á 0 gr. 038 de ácido úrico. Queda, pues, en solución un 24 % de la dosis inicial de ácido úrico.

2.º Una solución idéntica de ácido úrico (0 gr. 05 para 50 cc. de agua alcalina) tratada del mismo modo; pero, después de adicionarle ácido tímínico, no ha precipitado al cabo de 24 horas, más que 0 gr. 0012 de ácido úrico. La cantidad de ácido úrico, mantenida en solución, gracias á la presencia del ácido tímínico, ha sido, por lo tanto, representada en este caso por los 97.6 % del peso sometido á la experimentación.

La retención del ácido úrico por el ácido tímínico y la resistencia de esta combinación á los reactivos, demostrada en esta experiencia, da la razón de por qué es tan difícil descubrir el ácido úrico en el suero sanguíneo, en donde precisamente se encuentra bajo esa forma.

Esta propiedad del ácido timínico se aumenta todavía con la presencia de una corta cantidad de ácido nucleínico, según lo demuestra la serie de trabajos que al respecto han llevado á cabo Minkowski, Goto y Kossel.

V

HIPÓTESIS ACERCA DE LA PRODUCCIÓN DEL ÁCIDO ÚRICO EN LOS ARTRÍTICOS Y PRINCIPALMENTE EN LOS GOTOSOS

En esta parte tomaré—como lo hacen la mayoría de los autores—la gota como tipo, por ser la manifestación del artritismo en que el ácido úrico se encuentra constantemente al estado descubrible.

«La gota y el reumatismo, ha dicho Pidoux, son dos ramas de un mismo tronco: el artritismo». Estas dos variedades comprenden ellas mismas multitud de subvariedades, más ó menos graves, yendo del sencillo malestar hasta las alteraciones fundamentales más profundas de los tejidos y de los órganos.

El descubrimiento de Garrod, de un exceso de ácido úrico en la sangre de los gotosos, ha dado lugar á la idea bastante generalizada de que en la uricemia de los ingleses y americanos (*lithæmia*) reside la verdadera causa de toda manifestación gotosa. La mayor parte de los médicos aceptan esto como un hecho demostrado. En realidad, el problema es mucho más complejo, y esa opinión se presta á muchas críticas.

Si un exceso de ácido úrico es la causa de la gota, ¿por qué en la leucocitemia y en el mal de Bright, á pesar de la saturación de la sangre por el ácido úrico, no se encuentra ningún depósito de uratos en las articulaciones ó en los órganos, y por qué no se observa en esos estados ninguno de los síntomas que generalmente se admiten como característicamente gotosos?

Este hecho ha provocado en ciertos observadores, la convicción de que el ácido úrico de los gotosos posee en sus combinaciones químicas una instabilidad especial. Desde este punto de vista, los experimentos de Pfeiffer son interesantes: filtrando orinas sobre cristales de ácido úrico notó que, si bien es verdad que la orina normal absorbe de este modo una cierta cantidad de ácido, en cambio la orina de un individuo gotoso deposita en cristales la mayor parte de ácido úrico que contiene.

¿No es probable, entonces, que ese complexo sintomático morboso que constituye el ataque de gota, en vez de resultar de la cantidad de ácido úrico, dependa más bien de su calidad?

Esta hipótesis abre todo un nuevo campo de estudio.

Bouchard protesta enérgicamente contra la aceptación harto generalizada de una teoría, que quiere ver en la uricemia, la única causa de todas las manifestaciones gotosas.

«Hacer depender, dice, de la acumulación de ácido úrico, no ya solamente el acceso de gota, sino los trastornos morbosos del período intercalar, los movimientos fluxionares diversos que preceden, acompañan y reemplazan al acceso, las lesiones viscerales múltiples, tan pronto agudas como crónicas, digo que esto es una verdadera temeridad patológica».

Y esto es lo que parece racional. La presencia del ácido úrico no es en efecto, sino el resultado visible de alguna alteración profunda que sufre el organismo, la cual puede producir, de por sí, determinados síntomas, pero no puede originarlos todos.

Sabido es cuán comunes son las lesiones de los órganos internos en la gota crónica, y cuán raras son las veces en que se descubre en esos órganos la presencia de depósitos de uratos.

El origen del elemento morboso parece ser de una naturaleza más profunda, más sutil, y debería ser buscado en esos minuciosos cambios celulares que constituyen la asimilación y la desasimilación.

Durante el ataque de gota hay un punto sobre el cual todos los observadores se hallan de acuerdo; existe un exceso de ácido úrico en la sangre, y la orina lo contiene en cortísima cantidad.

Creíase que el ácido úrico era el producto de la combustión incompleta de las substancias azoadas, siendo la urea el término último de esta oxidación, es decir, que había venido considerándosele como un producto intermediario, en la oxidación de la albúmina, entre ésta y la urea, y así fué por largo tiempo, mirado como un producto de oxidación imperfecto.

En lo que concierne al verdadero origen de la urea y sus relaciones con el ácido úrico, existen entre los autores muchas discrepancias de criterio.

Mientras algunos, como Brouardel, Murchison y Minkowski, afirman que el hígado es el órgano productor de la urea, otros, entre ellos Kolisch, sostienen que formada en la misma trama celular de los tejidos, no es otra cosa que el producto de una destrucción excesiva de la nucleína.

Bouchard y Benecke hacían depender la acumulación anormal de ácido úrico en el organismo, de las dos causas siguientes ó de una de ellas: 1.a eliminación disminuída; 2.a producción aumentada á causa de oxidación incompleta ó de supraactividad celular.

Lécorché cree que ambos factores deben desempeñar un papel importante; pero le parece más probable que la primera escena, en la serie de los actos morbosos, está constituída por un recargo de producción de ácido úrico, puesto que los glomérulos de los riñones, al irritarse, pierden mucho de su permeabilidad. Así se forma el círculo vicioso que termina en el ataque de gota aguda. La producción excesiva acarrea la subexcreción, y finalmente la crisis articular actúa como un emuntorio que alivia los riñones en su trabajo excesivo.

Y quiere comprobar la exactitud de este razonamiento, por el hecho de que antes de un ataque de gota, la orina contiene un exceso de ácido úrico, y de que, durante el mismo ataque, la cantidad de uratos resulta considerablemente disminuída.

Schmoll dice lo siguiente:

«El síntoma morboso no deriva de la presencia del ácido úrico, sino del hecho de que es accesible á nuestros reactivos y de que nos es posible precipitarlo en un medio en el que, al *estado fisiológico*, se halla ocultado por el ácido timínico».

A Garrod también se debe el haber demostrado la presencia del ácido úrico al estado libre en la sangre, durante la crisis de gota aguda; en efecto, el autor hacía de la investigación de este elemento, el criterio del diagnóstico, pues realmente en el hombre sano, en el estado normal, no es posible caracterizar la presencia del ácido úrico.

Esto proviene de que para circular al estado de disolución en el suero sanguíneo, el ácido úrico entra en combinación con una substancia, que le disimula á los reactivos habituales de precipitación é impide su acumulación.

Las nociones que tenemos acerca de las propiedades y de la formación del ácido timínico, nos permiten pensar que la presencia del ácido úrico, al estado descubrible, es el suero de los gotosos, y, por consiguiente, su depósito en los tejidos se debe á la falta de ácido timínico.

Para explicar el estado anormal del ácido úrico en los gotosos, cabe suponer que, por más que sea producido en las condiciones normales, ha perdido la facultad de combinarse con el ácido timínico; pero los experimentos practicados por Schmoll, en los gotosos, han demostrado que no pasa nada de eso, y que esa combinación se realiza siempre.

Queda aún la hipótesis, de que en el organismo gotoso, el ácido úrico se produce por vía de síntesis, y que, derivando de susbtancias que, como las paranucleínas, no lo producen en el sujeto sano, no tiene á

su disposición el ácido timínico necesario para asegurar su eliminación.

Todas las probabilidades concurren á favor de esta hipótesis. Schmoll, que de un modo más particular ha tratado de dilucidar este problema, ha demostrado que en un gotoso, en equilibrio de régimen alimenticio, y, por lo tanto de excreción úrica, la ingestión de 100 gramos de caseína pura por día, quintuplica la producción del ácido úrico.

Minkowski ha demostrado por medio de experimentos que han alcanzado celebridad, que los pájaros sintetizan el ácido úrico por medio del ácido láctico y del amoníaco, y Viener ha establecido que todos los ácidos, con una cadena de tres átomos de carbono y dos agrupamientos ácidos, pueden, en presencia de la urea, ser transformados en ácido úrico por los pájaros.

Según Schmoll, la patogenia de la gota puede exponerse del modo siguiente:

«El ácido úrico se produce en el organismo gotoso por síntesis, mientras que al estado normal no se forma sino por oxidación de las bases xánticas que provienen del desdoblamiento de las nucleínas. *El ácido timínico que, en este último caso, se halla siempre presente, se combina con el ácido úrico en el estado fisiológico, y bajo esta forma es como el ácido úrico circula en la sangre.* Su ausencia en la gota nos permite comprender la precipitabilidad del ácido úrico en el suero y nos explica el por qué el ácido úrico se deposita en los tejidos».

Naturalmente que esta teoría no nos dice nada, respecto al desorden primitivo de la nutrición, en la que la formación sintética del ácido úrico no es sino una expresión sintomática; no se propone esclarecer la localización, ni las causas inmediatas de la precipitación, respecto de las cuales no hay para qué cambiar las antiguas teorías de la gota; lo único que explica es la presencia del ácido úrico en el suero y la razón por la cual este ácido es precipitado.

Dice Schmoll:

«Me he esforzado en apoyar esta hipótesis con dos series de experiencias. En la primera he tratado de determinar la influencia del ácido timínico sobre la excreción del ácido úrico. En la segunda he procurado obtener una prueba de la formación sintética del ácido úrico».

VI

MANIFESTACIONES DEL ARTRITISMO

Como ya lo dejo dicho, la nutrición retardada ó diátesis artrítica, consiste en la *insuficiencia de las mutaciones de los materiales nutritivos*.

El ácido úrico insoluble acompaña los residuos de la vida celular; las materias grasas, imperfectamente utilizadas, dan origen á derivados igualmente insolubles, ó se acumulan en los tejidos; varios y mal definidos productos tóxicos surgen, salidos de combustiones orgánicas imperfectas.

Todos esos productos anormales fatigan los órganos destinados á su eliminación é impregnan desde luego las neuronas, que son las partes más susceptibles.

La dispepsia es la manifestación más frecuente de esta intoxicación. Va acompañada de trastornos nerviosos, los cuales se traducen por una gran irregularidad, por una inestabilidad característica de las facultades psíquicas y de las aptitudes físicas.

Esta inestabilidad especial es la que constituye el *habitus* de los artríticos: consiste en oscilaciones marcadas de las actividades psíquica y muscular, en un carácter desigual, pronto á la acción, aunque pronto deprimido con la posibilidad de esfuerzos vigorosos pero de corta duración.

Además, el descanso nocturno deja habitualmente á los artríticos una sensación de fatiga más acentuada que la actividad diurna.

En efecto, la impregnación de las neuronas por las toxinas se efectúa sobre todo en el descanso, por hallarse entonces la nutrición más retardada todavía: *el artrítico se intoxica durmiendo*.

Se puede explicar esta inestabilidad del equilibrio de los artríticos, por las incesantes variaciones del contenido de la sangre, en productos tóxicos, variaciones que á su vez dimanan de la desigualdad del lavado normal de la sangre.

Hay que tener igualmente en cuenta las variaciones de la transpiración, la absorción de los líquidos acuosos, el estado higrométrico del aire, condiciones todas que influyen sobre la actividad del lavado interno.

El grado de intoxicación provoca, si se acentúa, toda una serie de manifestaciones morbosas, cuyo conjunto constituye la gran familia natural llamada *artritismo*.

Tales son: la dispepsia, la urticaria, el mal de piedra, la litiasis biliar, la jaqueca, las neuralgias, el asma, la obesidad, que son sus manifestaciones más leves; luego vienen los reumatismos crónicos, articulares, fibrosos ó musculares, la gota, el brightismo, la diabetes, la arterioesclerosis, que constituyen sus manifestaciones más graves.

Estas últimas, por lo demás, pueden ser reducidas, atenuadas, disimuladas, no teniendo otra importancia que la de servir de aviso para el porvenir.

Algunos de estos estados morbosos aparecen desde la infancia, si se trata del artritismo hereditario, constituyendo el primer acto de la vida patológica. Tales son: la urticaria y el mal de piedra, comunes en los niños, especialmente la urticaria, la cual sobreviene con ocasión de los más pequeños trastornos del régimen y, sobre todo, á consecuencia de una alimentación harto copiosa.

Hacia la edad de quince y diez y seis años es cuando los artríticos experimentan el primero y mayor ataque de reumatismo articular febril. La jaqueca puede aparecer desde la edad de doce años, crece la intensidad hasta los alrededores de veinticinco, persiste en toda su fuerza hasta los cuarenta á cincuenta y cinco, siendo entonces reemplazada á menudo por el brightismo, la diabetes ó la arterioesclerosis.

Otras veces, el asma, toda clase de neuralgias, los reumatismos crónicos de localización diversa, finalmente la gota, asaltan al artrítico, pero una vez pasados estos episodios morbosos, verdaderas crisis de depuración del medio interno, el sujeto vuelve á experimentar una sensación de bienestar que le invita á dar al olvido sus sufrimientos pasados.

Y como sabe que esto ha de ocurrir, acaba por tomar el partido de contar con estos accidentes; considéralos como un tributo necesario de salud, como un desahogo obligado. Así es que los reumáticos, los dispépticos, los gravelosos, se despiertan el mejor día, diabéticos ó albuminúricos y sucumben á la hemorragia cerebral

Todos deberían colocarse, á partir de la más tierna edad, en las condiciones higiénicas requeridas, teniendo más adelante el mayor cuidado en la aparición de los primeros signos de las manifestaciones graves. La diabetes, el brightismo, la arterioesclerosis tienen efectivamente un comienzo insidioso, que dura á menudo largo tiempo.

Y justo es decir que, de todas las indisposiciones, la que indica una nutrición perezosa ó en retardo, es una de las más descuidadas.

La litiasis biliar ó urinaria no da las más de las veces grandes cálculos, sino arena fina que no ocasiona sino un dolor sordo. Los cólicos hepáticos y nefríticos son á menudo tomados por cólicos intestinales y descuidados hasta el momento en que estallan las grandes crisis.

La misma asma muéstrase á menudo larvada, siendo reemplazados los accesos por crisis de estornudamientos, y sólo con ocasión de un resfriado aquélla se manifestará por un acceso franco.

A todos esos pequeños accidentes del artritismo conviene una higiene muy sencilla: un ejercicio frecuente, aunque sin llegar á la fatiga; una alimentación frugal, con tendencia al vegetarismo, y la abstención del alcohol. Hay que guardarse, repito, de la fatiga, pues los venenos ó toxinas que ésta engendra actúan en el mismo sentido que los que el cuerpo fabrica normalmente.

Aplícase sobre todo á los artríticos, aquello de *comemos demasiado*. En efecto, un artrítico que se alimenta como un individuo normal, come dos veces más de lo que debe.

La alimentación carnosa suministra al intestino toxinas de la misma familia que las que el mismo fabrica; el alcohol, sobre todo, es para él un veneno violento, ya que su acción fisiológica consiste precisamente en retardar la combustión orgánica.

Si echamos una ojeada general sobre el artritismo y sus manifestaciones, nos llama la atención este hecho: que su principal carácter, el fenómeno capital de su evolución, es la tendencia á las congestiones, tendencia que se manifiesta ya en la infancia y persistirá durante toda la vida. En el niño, la piel y las mucosas son sobre todo vulnerables, viendo primeramente como los eczemas, los ectimas acompañan al desarrollo dental. Luego vendrán los accesos fluxionares del lado de la mucosa respiratoria. Bajo una influencia leve, un enfriamiento, una corriente de aire, la permanencia en un sitio húmedo, el artrítico se resfría. El mal se anuncia por un coriza; el primer estornudo es el presagio de un proceso que, en el estado actual de la terapéutica, nada puede atajar. Finalmente el mal va á pasar de la pituitaria á la mucosa faríngea; fatalmente invadirá luego la laringe y los bronquios.

En los casos más afortunados, el ciclo es completo en tres semanas; pero muchas veces rebasa el dominio bronquial para invadir el parénquima periférico y dar lugar á esas temibles congestiones pulmonares, terror de las madres de familia. Para el porvenir, á menudo la bronquitis de repetición, es signo de asma y de enfisema.

Al lado de ese proceso, hay que colocar las anginas, las epistaxis,

las jaquecas, las cefaleas gravativas que torturan durante una existencia entera, las cistitis sin blenorragias, ó bien las consecuencias interminables de las blenorragias, de una inflamación catarral cualquiera. El eczema de la infancia cede su sitio al *acné juvenilis* y dura á menudo hasta los cincuenta años. La cara aparece cubierta de grasa seborreica, la transpiración es abundante, los cabellos vuélvense escasos y no tarda en aparecer la calvicie.

Á propósito de las epistaxis, Verneuil dice: «Las epistaxis del adulto, que han sido las de las más veces clasificadas con el nombre de hemorragias hemofílicas, constituyen casi siempre, por no decir siempre, una manifestación del artritismo», y al efecto, cita el caso de un joven de diez y siete años, enfermizo en apariencia, anémico, no presentando ningún vestigio hereditario, que acaba de verse atacado de una hemorragia nasal grave, que parecía precisamente deber ser comprendida en la categoría de las hemofilias. Sin embargo, un examen más atento, y adquiriendo de una manera más precisa los datos acerca de sus antecedentes personales y hereditarios, hicieron descubrir, primeramente, unos dolores articulares múltiples, aparecidos dos años antes, luego unos hermanos que habían tenido epistaxis, después unos tíos y tías que habían tenido manifestaciones reumáticas, y también una abuela que había padecido, durante toda su vida, de accidentes reumáticos y sobre todo de cólicos hepáticos. «En este caso, dice Verneuil, créome autorizado á considerar el caso de ese joven, como un caso de epistaxis de origen artrítico».

Lo mismo sucede con la mayoría de los casos de jaqueca, en donde un examen minucioso de los pacientes, unido á los datos recogidos, relativos á sus antecedentes personales y hereditarios, nos dan la certeza de que pertenecen á una familia de artríticos.

El doctor P. Hartenberg ha publicado hace poco un trabajo sobre la *jaqueca de los artríticos*, su patogenia y su tratamiento, que merece hacer aquí su resumen, en atención á su importancia y originalidad.

Hace muchos años que el citado médico estudia la jaqueca de los artríticos y de los reumáticos, que ofrece una fisonomía clínica bien definida. Según él, es una verdadera jaqueca, una hemicránea y no una cefalea ó una neuralgia. El acceso se produce por la mañana, después de una noche de sueño pesado, de un despertar penoso, esa sensación de malestar particular, que conocen bien los que padecen de jaquecas. Después del almuerzo el dolor se exaspera, batiendo, con máximum de intensidad, en la sien y la órbita, produciendo el

temor del ruido, del movimiento, de la luz y á veces náuseas y vómitos. Persiste así, todo el día y parte de la noche, hasta que por fin, el enfermo se duerme; y se despierta al día siguiente perfectamente dispuesto; sin embargo no se siente completamente restablecido sino después de haber comido.

Esos accesos de jaqueca se reproducen casi regularmente cada dos, tres ó cuatro semanas, según los individuos. Pero el doctor Hartenberg no cree, que entre los ataques, el estado de los enfermos sea siempre el verdaderamente normal. Y agrega: algunos de ellos conservan una sensibilidad extremada por los movimientos bruscos, otros al viento, al calor, al frío, y por último otros presentan disposiciones mentales, aún poco conocidas, á la tristeza, al pesimismo, á la irritabilidad y á la cólera, que se explican por la hiperestesia cefálica.

No es mi propósito hablar aquí de la patogenia de las manifestaciones del artritismo, pues correspondería hacerlo en el estudio de cada una de ellas; pero lo haré ahora, con respecto á la jaqueca de los artríticos, en mérito, como ya lo he dicho, á la importancia y originalidad de la teoría del doctor Hartenberg.

¿Cuál es, en efecto, la patogenia de la jaqueca artrítica? Según Dubois-Reymond, es el espasmo arterial del lado enfermo, como lo comprueban la dureza y la sensibilidad á la presión de las arterias superficiales, y también la palidez de la cara y el descenso de la temperatura local. Así se comprende que el dolor tenga por origen el aplastamiento de las terminaciones sensibles vasculares contra la columna sanguínea y, naturalmente, todo lo que pueda aumentar el espasmo, acrecienta simultáneamente el dolor. Además, se pueden reproducir todos esos fenómenos por una irritación experimental del simpático en la región cervical.

Pero, según Hartenberg, la irritación primera, cuya consecuencia es el ataque de hemicránea, resulta de la infiltración reumática de los músculos del cuello. Y en efecto, los músculos cervicales están, en parte ó en todo, hinchados y sensibles á la presión, ya sea al nivel de las inserciones tendinosas, ó en la misma masa muscular. Si la miositis es aguda, se observa en los hacecillos musculares una hinchazón elástica, y si es crónica unos núcleos duros; pudiendo observarse ambas sensaciones simultáneamente en un mismo músculo desde que la inflamación del músculo se produce por brotes sucesivos, bajo la influencia del cansancio, de la humedad, del frío, etc. También se observa que la miositis produce induración, hipertrofia y sensibilidad, más ó menos marcadas, de los ganglios cervicales y especialmente del ganglio superior.

El doctor Hartenberg opina que allí reside el origen de la irritación vasoespasmódica y, por consiguiente, que la jaqueca constituye una especie de neurosis refleja; los ataques, comparables á los ataques epileptiformes, resultarían de una imitación de las excitaciones bajo la doble influencia del estado braditrófico, que provoca la tendencia vasoespasmódica, y de la irritación local de la miositis. Lo que pone de manifiesto el papel del reumatismo cervical, en el angioespasmo, es, en primer lugar, el hecho de que en muchos enfermos, los ataques de jaqueca están precedidos de dolores y crujidos en el cuello; luego, que el frotamiento de los músculos sensibles basta para provocar el ataque y, en fin, que en los enfermos afectados de miositis unilateral, la hemicránea no se produce sino de ese lado.

Hasta aquí el paréntesis sobre la patogenia de la jaqueca artrítica; sigo ahora la exposición de las diversas manifestaciones del artritismo.

En el artrítico todo es malestar y dolor; el niño sufre tortícolis efímeros; la joven tiene menstruaciones dolorosas y que se establecen en malas condiciones: quéjase de dolores renales, y el período de crecimiento no se realiza sin accesos sensibles sobre las epífisis y las articulaciones. Las erupciones pruriginosas, las comezones intensas sin lesión visible,—prurito anal, prurito vulvar,—se desarrollan sobre ese tegumento artrítico. El nervosismo, el histerismo, la neurastenia se hallan bajo la dependencia de la diátesis. Y cuenta que estos accidentes son los menos temibles de esa enojosa constitución.

Con la edad se acentuarán los graves defectos de la nutrición y sus desviaciones. Serán invadidos los parénquimas primordiales. Y entonces es la dispepsia atónica, con atascamiento de los alimentos y fermentaciones gástricas, dando lugar á repetidas crisis de embarazo gastrointestinal; el estreñimiento y las hemorroides influyéndose y agravándose recíprocamente; las congestiones del hígado conduciendo á las hepatitis y á la esclerosis; las nefritis intersticiales, con la albuminuria, la fosfaturia, la hipercloruria, la gota, la diabetes insípida, sacarina, fosfatúrica, acetonúrica, la uremia final.

Por encima de todo esto y teniendo una importancia más considerable, vemos las artritis propiamente dichas, el reumatismo agudo, subagudo ó crónico, gotoso, deformante, su extensión á las vainas tendinosas, á las bolsas sinoviales, su repercusión sobre las glándulas, serosas, pleuras, meninges, endocardio, endoarteria, punto de partida de enfermedades del corazón, de aortitis, de ateromas, etc. El cáncer que Bazin nos ha mostrado, particularmente frecuente en el

artrítico, y particularmente doloroso, amenaza á los que han sido respetados por la uremia y por la apoplejía. Y aún así, este cuadro no es completo.

Ahora bien: mientras Bazin nos ha demostrado la predisposición de los artríticos para el cáncer, otros han probado la inmunidad de éstos para la tuberculosis

VII

FRECUENCIA DE LAS MANIFESTACIONES DEL ARTRITISMO EN EL URUGUAY

Las afecciones designadas con la palabra general de *artritismo*, son en la actualidad perfectamente conocidas de los clínicos y pasó ya el tiempo en que se reservaba esa palabra para el reumatismo y para la gota únicamente.

Compréndese, ahora, como lo he dicho antes, bajo ese nombre, toda una serie de afecciones, una diátesis, una constitución especial, caracterizada por un relajamiento de la nutrición y de la desasimilación que acarrea, como consecuencia, un predominio de los ácidos en la economía entera y, sobre todo, en la sangre.

Dejando de lado toda teoría de escuela, me limito á recordar este hecho: predominio de los ácidos en la sangre y disminución de la alcalinidad del suero, bajo la influencia de ese trastorno de la nutrición, como característico del artritismo.

Las diversas manifestaciones del artritismo, que anteriormente he enumerado, son incontestablemente las enfermedades más comunes que se encuentran en el Uruguay. Y se explica esta frecuencia, si se piensa que son favorecidas por la sedentariedad, el *surmenage* psíquico y por los abusos de una alimentación suculenta, que acompañan siempre una civilización adelantada.

El Uruguay, que está situado en la zona templada, tiene un clima benigno, pero en el que suelen ser frecuentes los cambios bruscos de temperatura, y en donde, á la vez, sus habitantes, tanto de la clase acomodada, como el obrero, conservan hábitos y costumbres que despiertan ó favorecen el desarrollo de la diátesis artrítica.

Considerando las múltiples manifestaciones precoces ó tardías, continuas ó paroxísticas de la diátesis braditrófica, vemos que entre nosotros, el artrítico, desde su infancia, cuando es un hereditario, y á partir de la edad adulta, cuando hay adquisición, está expuesto á muchas dolencias, y casi nunca se escapa de cierto número de ellas, debido precisamente al medio en que se desarrolla y educa.

En el artritismo existe la insuficiencia de las mutaciones de los cambios nutritivos, de donde resulta la autoinfección, tan magistralmente puesta en evidencia por el profesor Bouchard, y que domina todos los grandes síntomas, todas las formas y modalidades del artritismo.

Poca importancia tiene, en el caso, la teoría patogénica que se adopte. «El artritismo», dice Comby, «es el rescate de la buena vida». Es indudable que una alimentación demasiado abundante y substancial, la falta de ejercicio por exceso de comodidades, pueden crear, y crean á menudo, el estado braditrófico, lo que es muy común observar en la clase acomodada de los habitantes del Uruguay. Pero, ¿acaso el artritismo es raro en los habitantes de nuestra campaña? ¿No observamos con frecuencia casos en los obreros? Otro elemento interviene, pues, á veces secundario quizá, pero nunca falta: el sistema nervioso.

Los habitantes de nuestra campaña, á la vez que hacen diariamente una alimentación, compuesta en su mayor parte de carnes rojas, evitan hacer ejercicio alguno, y duermen habitualmente, después de las principales comidas—que como ya he dicho, son causas suficientes para despertar ó hacer adquirir la diátesis artrítica—contribuyendo de esa manera á que sean frecuentes las manifestaciones del artritismo.

En los individuos no viciados hereditariamente, el bienestar (sobre todo las imprudencias en la alimentación), basta por sí solo á determinar seguramente, por los trastornos gastrointestinales que provoca el recargo digestivo, la intoxicación y la irritabilidad consecutiva del sistema nervioso. Cuando estos fenómenos ocupan el primer lugar en la sintomatología, el neuroartritismo queda constituído, amenazando por un lado con la gota, el asma, la diabetes ó la obesidad, y, por el otro, con las neurosis. Pero en numerosos casos, la irritación nerviosa es primitiva, como lo afirma Lancereaux, y está bajo la dependencia del alcoholismo, del cansancio físico é intelectual, de la miseria fisiológica, de las emociones deprimentes, de las angustias ó de los pesares. Y es por eso que en el Uruguay, donde son frecuentes todas estas causas, el artritismo escoge el mayor número de sus víctimas entre los rendidos por la miseria, por los negocios, por la pasión ó la inteligencia.

La rapidez con que se ofrecen en el Uruguay las variaciones atmosféricas, hacen que el artrítico se manifieste sensible á estas modificaciones ambientes, que dejan indiferentes á otras personas: descenso

de temperatura, corriente de aire, variación del estado higrométrico ó de la tensión eléctrica de la atmósfera, y en seguida estalla una crisis de asma, ó de reumatismo, un brote de coriza, de tos, de dolores en los músculos y en las articulaciones, accesos de impaciencia ó de mal humor.

Los cuadros estadísticos, de mi clínica particular, (págs. 38 y siguientes) correspondientes á los tres últimos años, creo que pueden alcanzar á demostrar la frecuencia de las manifestaciones del artritismo en el Uruguay.

No habiendo obtenido á tiempo los datos necesarios para presentar una estadística más numerosa—como eran mis deseos—tuve necesariamente que limitarme á lo que arroja mi asistencia particular.

Ahora bien: como queda demostrado en los cuadros que siguen, he tenido en asistencia 211 pacientes, con distintas manifestaciones artríticas, sobre 417, que es el total de enfermos, asistidos por mí en los tres últimos años, lo que es igual—poco más ó menos—á la mitad de los enfermos á base del artritismo.

Lo que sucede en mi clínica particular, y que supongo sucederá—con algunas diferencias—en la de los demás colegas, con respecto á la concurrencia de los artríticos, debiendo agregarse también los que acuden á las clínicas del Hospital de Caridad y otras casas de beneficencia, hace pensar, con justa razón, lo frecuente que son entre nosotros las manifestaciones del artritismo.

En dichos cuadros se observa que las manifestaciones del artritismo son, en general, más frecuentes en el hombre que en la mujer, en la proporción de 3 por 2; que el heredoartritismo es más frecuente que el artritismo adquirido, en la proporción de 4 por 1, y que la frecuencia de las manifestaciones aumentan después de los 30 años, también en la proporción de 4 por 1.

Se observa igualmente que el reumatismo articular crónico es tan frecuente en el hombre como en la mujer; mientras que el muscular lo es más en el hombre que en la mujer, en la proporción de 7 por 1. La gota aguda es más frecuente en el hombre que en la mujer, en la proporción de 3 y 1/3 por 1, en tanto que la gota crónica se manifiesta por igual en ambos sexos. La ciática es más frecuente en el hombre que en la mujer, en la proporción de 1 y 1/2 por 1. La diabetes es más frecuente en la mujer que en el hombre, en la proporción de 2 y 1/3 por 1. La jaqueca artrítica, al igual que la obesidad, es común en la mujer. El único caso de asma en un gotoso, se presentó en un hombre, y los dos casos de litiasis renal acometieron á un

hombre y á una mujer, terminando en el primero por un acceso de asma, y en la segunda por un ataque de gota articular aguda.

Estas proporciones aproximativas, referentes á mi asistencia médica particular de los últimos tres años, representan, á la vez que el resultado de una observación minuciosa, la obtención exacta de los antecedentes hereditarios y personales de cada uno de los enfermos.

Quiero también hacer presente, que casi la mitad de esos enfermos habitan en nuestra campaña.

Llama la atención, que siendo el asma tan frecuente entre nosotros, no se me presentara durante los tres años más que un caso; hecho que se explica perfectamente, si se tiene en cuenta que, debido á la cronicidad del mal, estos pacientes adquieren una práctica especial para administrarse los medicamentos, con que dominan los ataques; razón por la cual no utilizan los servicios del médico, sino cuando alguna complicación, ó la suma intensidad del acceso, hacen ineficaces los esfuerzos puestos en juego con el uso de la medicación habitual.

En la juventud, el asma puede existir como única manifestación de la gota; luego cuando aparezca la gota, el asma podrá desaparecer; otras veces ambas afecciones alternarán. Finalmente, un acceso de gota puede terminarse de una manera brusca por un acceso de asma ó, inversamente, el asma puede terminarse de un modo brusco por un acceso de gota articular. Asimismo, el asma puede alternar ó coincidir con otras manifestaciones del artritismo: jaqueca, dispepsia, cólicos nefríticos, etc.

Esta opinión ha sido sostenida también por Trousseau y apoyada en observaciones cuyo valor é interpretación son indiscutibles. El caso que cito en el cuadro estadístico, se refiere á un hombre de 34 años, asmático desde la edad de 14, cuyos ataques no duraban nunca menos de quince días. Desde hacía seis meses, habían disminuído de intensidad, y el último—por el cual me consultó—que había empezado siendo muy violento, se determinó del cuarto al quinto día por un acceso de gota perfectamente caracterizado, y que, según él, su padre también lo había padecido.

Garrod dice á este propósito:

«Hase notado que el asma es común en las familias de gotosos; depende probablemente, en este caso, de la alteración de la sangre por el ácido úrico». Por lo demás, el asma gotosa no difiere en nada del asma ordinaria, á pesar de la opinión contraria de Charcot, cuyo criterio sobre su diferenciación se basa en la apreciación de síntomas que otros no han observado.

MANIFESTACIONES DEL ARTRITISMO POR SEXOS

ENFERMEDADES	VARIEDADES	MANIFESTACIONES DIVERSAS	Enero		Febrero		Marzo		Abril		Mayo		Junio		Julio		Agosto		Septiembre		Octubre		Noviembre		Diciembre		TOTAL	
			M.		M.	F.	M.	F.	M.	F.	M.	F.	M.	.	M.	F.	M.	F.	M.	F.	M.	F.	M.	F.	M.	F.	M.	F.
Año de 1904																												
Reumatismo crónico . . .	Poliarticular	1	4	2	2	—	—	—	—	1	—	—	2	1	—	2	1	1	—	2	—	—	4	3	2	—	15	12
» » . . .	Monoarticular	1	—	1	—	—	—	—	—	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1	—	—	—	1	2
» muscular crónico	Pleurodinia.	1	1	—	—	—	1	—	1	—	—	—	1	—	1	—	—	—	—	—	—	1	—	—	—	—	5	1
» » »	Lumbago	1	—	—	1	—	1	—	1	—	—	—	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1	—	—	4	1
» » »	Tortícolis	1	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1	—	—	—	1	—	—	—	—	—	—	—	3	—
Acceso de gota aguda. . .	Articular 1.er acceso	1	—	—	1	—	1	—	—	1	—	—	—	—	—	—	1	—	2	—	—	1	—	—	1	—	6	2
» » » » . . .	» recidiva.	1	—	—	—	—	—	—	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1	—	1	2	1	—	—	1	4	3
Gota crónica.	Atacando varias articulaciones. . .	1	—	—	1	—	—	—	—	—	1	—	—	—	—	—	—	1	—	—	1	—	—	—	—	—	3	1
Litiasis renal	Terminando en ataque de asma . .	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1	—
» »	» » » de gota aguda	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1	—	—	—	—	—	—	—	1
Ciática.	Del lado derecho	1	1	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1	1	2
»	» » izquierdo	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1	—	—	—	—	—	1	—	—	—	—	1	—	1	2
Diabetes artrítica		1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1	—	—	—	—	—	—	1	—	—	1	—	—	1	—	2	2
Jaqueca	Recidiva.	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1	—	1
	Total por sexos.	14	7	4	5	—	3	—	3	3	1	1	4	2	2	2	3	2	5	4	2	5	6	4	5	3	16	30
Total de artríticos con distintas manifestaciones. . . .		76																										
Año de 1905																												
Reumatismo crónico . . .	Poliarticular	1	—	1	1	2	2	—	2	—	—	—	3	—	1	2	1	3	1	—	2	1	—	—	2	2	15	11
» » . . .	Monoarticular	1	—	—	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	2	—
» » . . .	Poliarticular deformante.	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1	—	—	1	—	—	1	—	—	1	2
» muscular crónico	Pleurodinia.	1	—	—	—	—	—	—	—	—	1	—	—	—	—	—	1	—	—	—	—	—	—	—	1	—	3	—
» » »	Lumbago	1	—	—	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1	—	—	—	—	—	1	—	—	—	3	—
» » »	De los músculos de las piernas . .	1	—	—	—	—	—	—	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1	—

Acceso de gota aguda	Articular 1.er acceso	1	—	—	1	—	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	2	—
» » » »	» recidiva	1	—	—	—	—	—	—	—	—	1	—	—	—	1	—	—	—	1	—	—	—	—	—	—	—	3	—
Gota crónica	Atacando varias articulaciones	1	—	—	—	—	—	—	—	—	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1	—	—	1	—	—	2	1
Ciática	Del lado derecho	1	1	1	—	—	—	—	1	—	—	—	—	—	—	—	—	1	—	—	1	—	—	—	—	—	3	2
»	» » izquierdo	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1	—	—	1	—	—	—	—	1	—	—	—	1	1	3
Diabetes artrítica		1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1	—	2	—	—	—	—	—	—	—	—	1	—	—	—	1	3
Jaqueca »	Recidiva	1	—	—	—	—	—	—	—	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1	—	—	—	—	—	—	—	2
Obesidad		1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1	—	—	—	—	—	1
	Total por sexos	14	1	2	4	2	3	—	4	1	3	1	3	3	3	2	4	5	2	1	5	3	2	2	3	3	37	25

Total de artríticos con distintas manifestaciones **62**

Año de 1906

Reumatismo crónico	Poliarticular	1	—	3	1	—	1	—	2	2	1	1	—	—	—	—	—	3	1	—	—	1	1	3	1	1	8	14
» »	Monoarticular	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1	—	—	—	—	—	1
» »	Poliarticular deformante	1	—	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	2
» muscular crónico	Pleurodinia	1	2	—	1	—	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	2	—	—	—	—	—	1	—	7	—
» » »	Tortícolis	1	—	—	—	—	—	—	—	—	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1	—
» » »	Lumbago	1	—	1	—	2	—	—	1	—	1	—	2	—	2	—	—	—	2	—	—	—	1	—	—	—	9	3
Acceso de gota aguda	Articular 1.er acceso	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1	—	1	—	—	—	2	—
» » » »	» recidiva	1	—	1	—	—	—	—	—	—	—	—	1	—	1	—	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	3	1
Gota crónica	Atacando varias articulaciones	1	—	—	—	—	—	—	—	1	—	—	—	—	1	1	—	—	—	1	—	—	—	1	—	—	1	4
Ciática	Del lado derecho	1	—	1	1	—	2	—	—	—	—	—	1	—	2	—	—	—	—	—	1	—	—	—	—	—	7	1
»	» » izquierdo	1	—	—	1	1	—	—	—	—	—	—	—	—	2	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	3	1
Diabetes artrítica		1	—	—	—	—	—	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1	—	—	—	—	—	—	—	2
Jaqueca »	Recidiva	1	—	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1
Obesidad		1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1	—	—	—	—	—	—	—	1
Acceso de asma	En un gotoso	1	—	—	—	—	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1	—
	Total por sexos	15	2	8	4	3	5	1	3	3	3	1	4	—	8	2	1	3	5	3	2	2	3	4	2	1	42	31

Total de artríticos con distintas manifestaciones **73**

MANIFESTACIONES DEL ARTRITISMO POR SUS ANTECEDENTES

ANTECEDENTES	Meses de 1904												TOTAL
	Enero	Febrero	Marzo	Abril	Mayo	Junio	Julio	Agosto	Septiembre	Octubre	Noviembre	Diciembre	
Hereditarios (heredoartritismo)	9	4	4	6	2	5	4	5	6	6	5	6	62
Personales (artrit. adquirido)	3	2	--	1	1	2	1	—	1	2	1	—	14
													76
	De 1905												
Hereditarios (heredoartritismo)	2	5	3	3	4	5	4	8	3	6	2	2	47
Personales (artrit. adquirido)	1	1	—	2	—	1	1	1	—	2	2	4	15
													62
	De 1906												
Hereditarios (heredoartritismo)	7	5	5	5	2	4	8	4	5	4	6	3	58
Personales (artrit. adquirido).	3	2	1	1	2	—	2	—	3	—	1	—	15
													73

MANIFESTACIONES DEL ARTRITISMO POR EDAD

EDAD	ARTRÍTICOS	TOTAL
Año 1904		
De 10 á 30 años.	19	76
De más de 30 años . . .	57	
Año 1905		
De 10 á 30 años.	8	62
De más de 30 años. . . .	54	
Año 1906		
De 10 á 30 años.	16	73
De más de 30 años. . . .	57	

MANIFESTACIONES DEL ARTRITISMO POR SEXOS, ANTECEDENTES Y EDAD.—RESUMEN GENERAL DE LOS TRES AÑOS

MANIFESTACIONES	AÑOS Y SEXO						TOTAL		
	1904		1905		1906				
	M.	F.	M.	F.	M.	F.	M.	F.	M.F.
Reumatismo articular crónico .	16	14	18	13	8	17	42	44	86
» muscular » .	12	2	7	—	17	3	36	5	41
Acceso de gota aguda	10	5	5	—	5	1	20	6	26
Gota crónica.	3	1	2	1	1	4	6	6	12
Ciática.	2	4	4	5	10	2	16	11	27
Diabetes (artrítica)	2	2	1	3	—	2	3	7	10
Jaqueca »	—	1	—	2	—	1	—	4	4
Obesidad	—	—	—	1	—	1	—	2	2
Acceso de asma en un gotoso. .	—	—	—	—	1	—	1	—	1
Litiasis renal (úrica)	1	1	—	—	—	—	1	1	2
Totales	46	30	37	25	42	31	125	86	
	76		62		73		211		
ANTECEDENTES									
Hereditarios (heredoartritismo) .	62		47		58		167		
Personales (artritismo adquirido) .	14		15		15		44		
Totales	76		62		73		211		
EDAD									
De 10 á 30 años.	19		8		16		43		
De más de 30 años.	57		54		57		168		
Totales	76		62		73		211		

CONCLUSIONES

I

La nutrición, tal como la ha definido el profesor Bouchard, consiste en «un doble movimiento de asimilación y desasimilación» producido bajo la impulsión del sistema nervioso, y que es origen de las combustiones orgánicas.

II

El artritismo ó diátesis artrítica, consiste en la insuficiencia de las mutaciones de los materiales nutritivos, que produce la lentitud de las combustiones orgánicas, á las que Bouchard ha dado el nombre característico de *nutrición retardada.*

III

El artritismo puede ser *hereditario,* constituyendo entonces una tacha de degeneración.

Puede ser igualmente *adquirido*, bajo la influencia de condiciones desfavorables, ó seguida de una existencia harto sedentaria, de una alimentación harto copiosa, ó bien como consecuencia de enfermedades infecciosas.

IV

El artritismo se corrige observando un régimen alimenticio adecuado, á la vez que la higiene física y moral, que evitan una alteración más acentuada de la nutrición celular.

V

Las bebidas alcohólicas fermentadas ó destiladas, son verdaderos venenos, que impiden la operación normal de los cambios nutritivos, favorecen el desarrollo de la diátesis artrítica, con sus más graves manifestaciones.

VI

El ácido úrico reconoce en el hombre sano un doble origen.

La destrucción de los leucocitos por una parte (ácido úrico endógeno) y el metabolismo de las nucleínas alimentarias por otra (ácido úrico exógeno).

VII

El ácido úrico es casi insoluble, al extremo de necesitar 16,000 partes de agua para disolver una sola parte.

VIII

El ácido úrico circula disuelto en la sangre, combinado con el ácido tímínico, que proviene lo mismo que él, del metabolismo de las nucleínas.

IX

La retención, la acumulación y la precipitación del ácido úrico, en el organismo de los artríticos, y principalmente de los gotosos, es debido á la ausencia del ácido tímínico.

X

Según Schmoll, la falta de ácido tímínico, en el organismo gotoso, proviene del hecho que sintetiza el ácido úrico por una vía diferente de la que emplea el organismo sano, y con materiales azoados, cuyo metabolismo no produce ácido tímínico.

XI

En el artritismo se observa un sinnúmero de manifestaciones, que desde las más leves, hasta las más graves, amenazan durante toda la vida, las que pueden ser reducidas y atenuadas, no teniendo en el primer momento otra importancia que la de servir de aviso para el porvenir.

XII

Algunas manifestaciones del artritismo suelen presentarse desde la infancia; pero hacia la edad de quince á diez y seis años, es cuando los artríticos experimentan sus primeras molestias, las que aumentan de intensidad hasta los alrededores de los veinticinco años, y persisten en toda su fuerza hasta los cuarenta y cinco, siendo entonces reemplazadas, á menudo, por el brightismo, la diabetes ó la arterioesclerosis.

XIII

En el artritismo y sus manifestaciones, llama la atención el hecho de que su principal carácter, el fenómeno capital de su evolución, es la tendencia á las congestiones, tendencia que, manifiesta ya en la infancia, persiste durante toda la vida.

XIV

Según Verneuil, muchas epistaxis, por no decir todas, son de origen artrítico, pudiendo constatarlo, adquiriendo del paciente los datos acerca de sus antecedentes personales y hereditarios.

XV

La mayoría de los casos de jaqueca, reconocen también el origen de artrítico, como lo ha demostrado admirablemente el doctor Hartenberg.

XVI

Mientras Bazin ha demostrado la predisposición de los artríticos para el cáncer, otros han probado la inmunidad de éstos para la tuberculosis

XVII

Las manifestaciones del artritismo son, incontestablemente, las enfermedades más frecuentes en el Uruguay; frecuencia que favorecen los hábitos y costumbres, que acompañan siempre una civilización adelantada.

XVIII

La sedentariedad y los excesos en la alimentación, cosa común en la clase acomodada de los habitantes del Uruguay, es también causa de dicha frecuencia.

XIX

En los habitantes de nuestra campaña, es común el abuso de las carnes rojas, que las emplean hasta dos veces al día, lo que constituye otra causa de la frecuencia de las manifestaciones del artritismo. En los individuos de la clase acomodada, la intoxicación que produce el recargo digestivo, (dando origen á trastornos gastrointestinales) produce consecutivamente la irritabilidad del sistema nervioso. Y cuando los fenómenos nerviosos dominan en la sintomatología, queda constituído el neuroartritismo.

XX

Pero en la clase no acomodada, esta irritación es primitiva, como lo afirma Lancereaux, y está bajo la dependencia del alcoholismo, del cansacio físico ó intelectual, de la miseria fisiológica, de las emociones deprimentes, de las angustias ó de los pesares. Y todas estas causas, que son frecuentes en el Uruguay, aumentan notablemente las manifestaciones del artritismo entre todas aquellas personas que se encuentran rendidas por la miseria, por los negocios, por la pasión ó la inteligencia.

XXI

En el Uruguay, á pesar de su clima benigno, se presentan á menudo variaciones atmosféricas que hacen al artrítico sensible, aun cuando dejan indiferentes á otras personas.

XXII

Mi estadística en los tres últimos años, que arroja un total de 211 enfermos de manifestaciones artríticas, sobre 417 asistidos, demuestra de un modo evidente la frecuencia de ellas.

Importancia práctica de la punción lumbar

Resultados diagnósticos y terapéuticos

POR EL

Dr. Gregorio Aráoz Alfaro

Profesor de Semiología en la Facultad de Medicina. Médico del hospital de Clínicas. Jefe del Servicio de Niños del Hospital San Roque. Socio correspondiente de la Academia Nacional de Medicina de México; de la Sociedad de Medicina é Cirugía de Río de Janeiro y de la Sociedad de Medicina de Montevideo, etc., etc.

Poco tiempo después que Quincke [1] hiciera su primera comunicación sobre la punción lumbar, concebida por él como un medio de tratamiento de la hidrocefalia crónica —medio reconocido muy pronto ineficaz,—otro gran clínico alemán, Ziemssen [2] manifestó la esperanza de que tal procedimiento permitiera establecer en vida la naturaleza de las meningitis y le pronosticó para el futuro una boga tan grande como la de la punción pleural, insinuando á la vez que también podría ser utilizada esta vía fácil y segura para introducir en el líquido céfalorraquídeo substancias medicamentosas destinadas á actuar eficazmente sobre las meninges enfermas.

Sorprende, realmente, ver en tan corto número de años, no sólo plenamente realizado, sino aun sobrepasado, el vaticinio del gran profesor de Munich, y convertida la punción lumbar en un medio diagnóstico de gran valor, en ocasiones mucho más numerosas que aquellas en que puede utilizarse la punción de la pleura. Y es esta una de las características de nuestra moderna vida científica; apenas abierta una nueva vía, falanges innumerables de trabajadores se internan por ella en busca de lo desconocido; exploran en todos sentidos el campo, siempre más amplio que lo que al principio se pensara; descubren en él muchas é inesperadas aplicaciones y, no obstante

---

1 Quincke: «Die. Lumbalpunction des Hydrocephalus». *Berliner Klin. Wochenschrift.* Año 1891, números 38 y 39.

2 «XII Congreso Alemán de Medicina Interna». *Centralblatt für innere Med., 1893.*

errores de rumbo y de procedimiento, esperanzas infundadas é ilusiones desvanecidas, multitud de conocimientos útiles se agregan al haber, cada vez más considerable, de la humanidad.

Así, durante un primer período, es sólo en Alemania y los otros países de habla germánica, que la punción lumbar tiende á difundirse bajo la influencia de los trabajos de Lichteim [1], Lenhartz [2], Heubner [3], Fürbringer [4], Thiele [5], Ranke [6], Wilms [7], Holdheim [8], Stadelmann [9], etc. Sólo al fin de esa época encontramos ya importantes trabajos italianos, como el de Concetti [10], y franceses como el de Denigés y Sabrazés. [11]

En esa primera etapa hacíase el estudio del líquido céfalorraquídeo casi exclusivamente del punto de vista de la investigación bacteriológica, especialmente en el diagnóstico de las meningitis cerebroespinales supurativas y de las tuberculosas. Se asignaba también importancia á la presión del líquido para el diagnóstico de tumores cerebrales y cerebelosos, hidrocefalias agudas, etc.

Cábeme la satisfacción de recordar que á fines de esa época (1897-98), el primer trabajo importante sobre la cuestión, entre nosotros, fué realizado en mi servicio del Hospital San Roque por el doctor Repetto [12], cirujano agregado, quien dejó perfectamente fija-

---

1 Lichteim: «Zur Diagnose der Meningitis. *Berliner Kin. Woch.*, 1895, número 13.

2 Lenhartz: «XV Congreso Alemán de Medicina Interna. *Berliner Klin. Wochenschrift*, 1897, número 31.

ID.: «Ueber den diagnostischen und therapeutischen Werth der Lumbalpunction». *Munchener med. Woch.*, 1896, número 8.

3 Heubner: «Zur Aetiologie und Diagnose der epidemischen Cereprospinal .Meningitis». *Deutsche med. Woch.*, 1896, número 27.

4 Fürbringer: «Zur Kin. Bedeutung der spin. Punction». *Berliner Kin. Woch.*, 1895, número 13.

5 Thiele: «Erfahrungen über den Werth der Lumpalpunction». *Deutsche med. Woch.*, 1897, número 24.

6 Ranke: «Congreso Intenacional de Moscow». In *Münch. med. Woch.*, 1897, número 38.

7 Wilms: «Diagn. und therapeutischen Werth der Lumbalpunction». *Münch. med. Woch.*, 1897, número 3.

8 Holdheim: «Beitrag z. Bact. Diagn. der epidemischen Genickstarre, etc., etc.». *Deutsche med. Woch.*, 1896, número 34.

9 Stadelmann: «Klin. Erfahrungen mit der Lumbalpunction». *Deutsche med.*, *Woch.*, 1897, número 47.

10 Concetti: «Congreso Internacional de Medicina de Moscow», 1897.

11 Denigés et Sabrazés: «Sur la valeur diagn. de la ponction lombaire». *Revue de médecine*, tomo XVI, página 833.

12 Nicolás Repetto: «Sobre la punción lumbar (Hospital San Roque. Servicio de niños)». *Revista de la Sociedad Médica Argentina*, 1898, página 173.

das las ideas reinantes entonces sobre la utilidad de la punción lumbar.

Algunos años más tarde, la aparición de numerosos casos de meningitis cerebroespinal en París, dió ocasión á Netter [1] para numerosos é interesantes estudios sobre la punción lumbar en el diagnóstico y tratamiento de dicha enfermedad. Esos trabajos, seguidos por los de otros investigadores, divulgaron poderosamente los conocimientos de entonces sobre el líquido céfalorraquídeo.

Casi al mismo tiempo las investigaciones interesantísimas sobre el *citodiagnóstico* (Widal y Ravaut) [2] que completaban y tendían á erigir en un sistema la diferenciación de los elementos celulares encontrados en los líquidos de punción, dieron nueva actualidad al estudio de la punción lumbar y tendieron á precisar y completar los datos señalados ya por Wentworth [3], Bernheim y Moser. [4]

Ulteriormente, es ya toda una legión de trabajadores la que se esfuerza por perfeccionar el conocimiento del líquido céfalorraquídeo, especialmente en Francia (Widal, Ravaut) [5], Sicard [6], Achard [7], Milian [8], Labbé [9], etc., y en Italia (Concetti) [10], Mya [11], Flamini [12],

---

1 Netter: «De la meningite cérébro-spinale épidémique». *Soc. méd. des Hôpitaux*, 13 de mayo 1898.

Id., «Diagn. de la men. cérébro-spinale (signe de Kernig, ponction lomb.)». *Semaine médicale*, 1898, página 281.

2 Widal et Ravaut: «Comun. á la Soc. de Biologie et au XIII Congrès Internationel de Méd.». París, 1900.

Id.: «Cytodiagnostic du liquide céphalo-rachidien. *Traité de path. interne* de Bouchard et Brissaud», tomo VI, página 593.

3 Wentworth: «Some exp. works on lumbar puncture, etc.». *Archives of Pediatrics*, 1896.

4 Bernheim und Moser: «Ueber die diagnostiche Bedeutung der Lumbalpunction». *Wiener Klin. Wochenschrift*, 1897.

5 Widal et Ravaut, loc. cit.

6 Widal, Sicart et Ravaut: «Cytodiagnostic de la méningite tuberc.». *Presse médicale*, 1900.

7 Achard: «L'examen clin. du liq. céphalo-rachidien». *Gazette hebdomadaire*, 1901.

Id.: «Les nouveaux procèdés d'exploration». París, 1903.

8 Milian: «Le liq. céphalo-rachidien». París, 1904.

9 Labbé: «Le cytodiagnostic». París, 1903.

10 Concetti: «Sur les meningites aigües non tuberculeuses chez les enfants». XIII Congrès intern. de méd. París, 1900.

11 Mya: «Meningites aigües non tub.». Mismo Congreso.

Id.: XII Congreso de la Sociedad Italiana de Medicina interna. Roma, 1902.

12 Flamini: «Contrib. allo studio citol. del liq. céfalo-rachideo». *Rivista di clinica pediatrica*, 1903.

Guida [1], etc., y en un trabajo presentado al Segundo Congreso Médico Latino-Americano (Buenos Aires, 1904) [2], hemos resumido los datos referentes á su estudio citológico, haciendo conocer también los trabajos personales y los del doctor Bordot [3], de mi servicio, que acaba de presentar su tesis inaugural sobre ese tópico.

En los últimos tiempos, estudios más prolijos sobre la composición química del líquido céfalorraquídeo, el dosaje de albúmina, urea y cloruros, el poder hemolítico, la crioscopía y la permeabilidad meníngea, han venido á multiplicar aún los datos utilizables de este medio de examen, cuyo resumen concienzudo ha hecho, con acopio de observaciones personales realizadas en los servicios á mi cargo, el doctor M. Acuña. [4]

No es ya sólo para el diagnóstico de los diversos procesos meningo-encefálicos agudos ó traumáticos que nos sirve la punción lumbar. Es en una multitud de otras circunstancias que este procedimiento puede sernos de positiva utilidad, como lo veremos más adelante, sea para precisar mejor un diagnóstico, sea para sentarlo con seguridad ó para fijar, aproximadamente, el pronóstico, sea, en fin, para llenar una indicación terapéutica bien definida. [5]

Desgraciadamente, la punción lumbar no ha entrado aún entre nosotros en el uso corriente y diario de la mayor parte de los médicos, sea porque se la considere difícil ó algo arriesgada, sea porque no se conozca todo el servicio que puede prestar al práctico y al enfermo.

Considero un deber de los que estamos más familiarizados con ella, tratar de vulgarizarla lo más posible, demostrando su practicabilidad y su utilidad, y haciendo conocer los principales resultados que hemos obtenido.

Sin pretender ser completo en la exposición, que podrán ampliar los que deseen con ayuda de la bibliografía indicada, me esforzaré, pues, por no salir del terreno práctico y por dar á este trabajo la forma que me parezca más conveniente á la información eficaz de los

---

1 Guida: «La citodiagnosi nelle meningite». *Archivio di patologia e clinica infantile.*

2 Aráoz Alfaro y Bordot: «Contrib. al estudio del citodiagnóstico». Buenos Aires, 1901.

3 Bordot: Contribución al estudio del citodiagnóstico». Buenos Aires, 1905.

4 Acuña: «Valor semiológico de algunos signos deducidos del estudio de la punción lumbar». (Trabajo de adscripción á la Cátedra de Semiología). Buenos Aires, 1905.

5 Mi interno, el señor Camou, prepara sobre esta cuestión su tesis inaugural, con abundante documentación personal.

que no estén aún familiarizados con este precioso medio diagnóstico y terapéutico.

I

TÉCNICA DE LA PUNCIÓN Y ACCIDENTES DE LA MISMA

Ante todo, algunas palabras sobre la *técnica de la punción.*

Se trata de un procedimiento simple, para el que no se necesita preparación especial alguna y que todo médico práctico puede llevar á buen término teniendo un poco de cuidado.

Siempre que es posible, prefiero colocar al enfermo en posición de sentado, sea sobre el borde la cama, sea sobre las piernas de un asistente si es un niño, sea sobre una mesa; en los dos primeros casos el médico debe estar también sentado. Se inclinará siempre el cuerpo hacia adelante para entreabrir las láminas vertebrales. Si el enfermo no puede tenerse sentado, como ocurre en ciertos casos graves, se adopta el decúbito lateral.

Aseptizada la región, para lo cual basta friccionar con alcohol ó éter y pasar tintura de yodo (la punta de fuego que algunos aconsejan como el medio más perfecto de asepsia deberá á lo más emplearse en casos muy especiales, á causa del dolor que determina), conviene anestesiar la piel por medio del cloruro de etilo, aunque se puede las más de las veces practicar la pequeña operación sin anestesia alguna, siendo muy poco dolorosa; se introduce la aguja á un centímetro próximamente (en los niños menos) de la línea media, inmediatamente por encima y fuera del tubérculo de la cuarta vértebra lumbar, que corresponde á la línea de las crestas ilíacas, fijada de antemano, dirigiendo la aguja hacia adentro y ligeramente arriba.

Atravesadas las partes blandas, se siente luego la resistencia del ligamento amarillo, vencida la cual la aguja atraviesa la duramadre y la aracnoides para penetrar en la cavidad subaracnoidea; el líquido empieza á correr inmediatamente.

Si al hundir la aguja se choca con una resistencia ósea, se retira ligeramente la punta, volviéndola al tejido celular y se modifica un poco la dirección impresa.

Si pasada la resistencia del ligamento amarillo, no sale líquido por la aguja y si no se obtiene mejor resultado moviendo un poco la punta hacia adelante ó hacia atrás, es probable que la aguja haya llevado por delante un pequeño fragmento de tejido, que la obture. Para evitar este inconveniente aconsejan algunos introducir la aguja con

un mandrín de platino que llegue hasta la punta, pero en muchos centenares de punciones no hemos necesitado de esa precaución. A veces empieza á correr sangre por la aguja: es que una vena raquídea ha sido herida (este accidente es más común en las punciones hechas en la línea media, que algunos consideran más fácil por ser la dirección más precisa); basta mover un poco la aguja ó introducirla algo más para que la sangre cese.

De todos modos, si creyendo estar en la cavidad no sale líquido, es preciso mover la aguja un poco hacia adelante ó hacia atrás y aun lateralmente, y aun, en caso negativo, sacarla y volver á introducirla un espacio más arriba ó más abajo. Hay casos, en efecto, en que el lago aracnoideo se termina más arriba que lo que es habitual (tercer espacio), como ocurrió en una observación de Bordenave.

No aconsejamos hacer la aspiración con jeringa sino después de haber agotado todos los otros recursos. La aspiración es, seguramente, una causa de muchos accidentes y aún tratándose de líquidos espesos, purulentos, es excepcional que ella se haga necesaria con tal de que la aguja no sea extremadamente fina.

Por nuestra parte, sólo una vez hemos necesitado la aspiración, y atribuímos á haber prescindido de ella sistemáticamente la falta casi absoluta de accidentes molestos ó serios. Hemos preferido en algunos casos reintroducir varias veces la aguja, lo cual, dado lo poco doloroso de la punción, no tiene mayor inconveniente, á aspirar con la jeringa exponiéndonos á las molestas consecuencias que han observado todos los que han recurrido á menudo á ese procedimiento.

El líquido es recibido en tubos de ensayo esterilizados, si deben hacerse exámenes bacteriológicos y cultivos (meningitis ó procesos análogos), ó en tubos simplemente bien lavados y enjuagados con agua destilada, si se pretende sólo estudiar los caracteres físicos, la composición química y el citodiagnóstico, como ocurre en la mayor parte de los casos.

Considero inoficioso para la práctica poner la aguja, como he visto hacer á menudo en Alemania, en conexión con manómetros especiales (Wilms) ó con un simple tubo de vidrio que permita apreciar, por la altura á que sube el líquido, la presión bajo la cual sale, ó sea la tensión del líquido céfalorraquídeo. [1]

---

1 Quincke, que estudió la presión del líquido con un manómetro de agua, la encontró lo más á menudo igual á 40 ó 60 milímetros, fijando como máximum 150. Ha sido encontrada aumentada hasta 500, 700 y 800 milímetros en las meningitis tuberculosas y de otras causas, tumores cerebrales, etc. (Naunyn, Ricken, etc.)

En general, la apreciación aproximada de la tensión puede hacerse por la rapidez y la forma en que el líquido se escurre: lentamente y en gotas cuando hay poca; rápidamente, pero en gotas, también, cuando está aumentada, y en chorro continuo en los casos de hipertensión excesiva. Es entendido que debe hacerse uso de agujas del mismo calibre y dar al enfermo la misma posición, para juzgar así relativamente en esta forma.

Es conveniente que la aguja sea larga y fuerte, de platino iridado, para ser rápidamente esterilizada por el calor sin destemplarse. La de Tuffier, generalmente empleada, tiene 8 centímetros de largo, 1 milímetro de diámetro exterior y 6 décimas de milímetro de calibre interior. Es importante que el bisel de la punta sea corto para que el orificio esté todo entero en la cavidad subaracnoidea.

Para los niños nos servimos, generalmente, de una aguja larga de las jeringas de Lüer; en ellos basta hundirlas, generalmente, de 2 á 3 centímetros, para llegar al saco aracnoideo.

Sólo en los casos de hipertensión considerable puede dejarse correr 15, 20 y más centímetros cúbicos (en un caso de uremia convulsiva la hipertensión era tan grande que el líquido, en largo chorro, llenó casi en seguida dos tubos de ensayo); cuando la tensión parece normal ó disminuída no debe pasarse de 4 á 5 centímetros cúbicos, cantidad muy suficiente para el examen ordinario.

Terminada la punción, debe frotarse el punto puncionado para adaptar bien los tejidos alrededor del pequeño orificio, aplicar un poco de colodion ó un pequeño vendaje, y colocar al enfermo acostado, en decúbito horizontal y aún con la cabeza baja, sobre todo si hay cefalea.

Considero imprudente hacer la punción lumbar á un enfermo de consultorio, permitiéndole volver en seguida á su casa, por más que lo haya visto hacer muchas veces sin inconveniente, especialmente á Babinsky, en París.

De vez en cuando, en efecto, la punción determina accidentes molestos y aún serios, sobre todo si no se hace guardar algunas horas consecutivas de reposo en posición horizontal, si se ha substraído mucho líquido ó si, sobre todo, se ha aspirado con la jeringa.

Tomando las precauciones indicadas, en muchos centenares de punciones sólo hemos observado pequeños inconvenientes: *dolor de cabeza*, á veces intenso, el mismo día ó el día siguiente; vértigos, malestar, vómitos; raras veces un *dolor irradiado á los miembros inferiores;* á menudo hay *aceleración del pulso*.

Accidentes graves, apoplectiformes ó sincopales, como han sido descriptos por algunos autores, especialmente por Milian, he tenido la suerte de no observar, y si bien mi ex practicante, doctor Bordot, ha visto una vez un estado apoplectiforme con contracturas generalizadas, eso ocurrió en un caso de tumor del cerebelo y en una enferma en muy grave estado. Por lo demás, el mismo Milian ha señalado la posibilidad de accidentes histéricos de apariencia grave, en que la punción no ha podido tener sino un rol de causa ocasional.

De todos modos, los accidentes siempre se disipan con el decúbito horizontal con cabeza baja, la cafeína y otros estimulantes. Y, lo repito una vez más, en la inmensa mayoría de los casos, obrando con las precauciones indicadas, no se observa molestia alguna, á no ser, con frecuencia, una cefalalgia transitoria, á veces intensa. [1]

Esos inconvenientes, cuya frecuencia se ha exagerado, á mi juicio, no pueden, pues, ser un obstáculo para el empleo corriente de este medio de exploración, como no lo son para el uso diario de las otras punciones, de los sondajes y aun del cloroformo, los accidentes que estos preciosos recursos pueden á veces provocar.

Caracteres del líquido céfalorraquídeo normal y procedimientos de estudio más importantes

Al estado normal, el líquido céfalorraquídeo es incoloro, absolutamente límpido, como agua de roca, muy móvil; se conserva sin enturbiarse ni dar sedimento alguno. Su densidad varía entre 1003 y 1006, aumentando en las afecciones inflamatorias hasta 1009 y 1012 (Widal y Sicard).

No se coagula por el calor, y la acción de este agente da, á lo más, una ligera opalescencia, debida á la pequeña cantidad de *serina y globulina* que contiene. A este respecto hay contradicción notable entre los autores; algunos dicen que al estado normal hay sólo globulina, mientras otros admiten también pequeñas cantidades de serina. El hecho es que el ácido nítrico y otros reactivos de serina y globulina permiten casi siempre constatar débil reacción, y creemos

1 Se han señalado en Alemania algunos casos de muerte después de punción lumbar, pero en enfermos muy graves á los que se les substrajo grandes cantidades de líquido. Ossipow ha mostrado que esas grandes substracciones pueden producir lesiones serias, especialmente en la substancia gris medular. *Presse médicale,* 15 de junio de 1901.

que hasta 0.25 y aun 0.50 por mil puede aceptarse como normal. En cambio, en los estados inflamatorios meningoencefálicos, no es raro constatar 2, 3 y 4 gramos de albúmina por mil.

Los *cloruros* existen en fuerte proporción (de 6 á 7 por 1,000); la *urea* sólo en trazas ó algunos centígramos por mil. Uno y otro elemento pueden estar sensiblemente aumentados en los casos de uremia.

Trazas de *glucosa*, ó por lo menos de substancias que reducen el licor de Fehling, se encuentran casi siempre; en diabéticos se ha encontrado cantidades de 1 á 2 (Widal y Sicard), y hasta 5.20 gramos por mil (Achard y Lœper).

La *fibrina* no existe al estado normal; en cambio, se encuentra muy á menudo en las afecciones inflamatorias, bajo forma de copos pequeños ó de retículos muy finos como telas de araña.

Un poco de *sangre* puede mezclarse accidentalmente al líquido céfalorraquídeo en el momento de la punción, dándole un tinte más ó menos rosado ó aun rojizo. Ahora bien, como el líquido puede ser hemorrágico en diversas circunstancias patológicas, es del mayor interés resolver, cuando la coloración rojiza existe, si se trata de sangre accidentalmente agregada en el momento de la punción ó anteriormente existente en el líquido, por hemorragia patológica ó traumática.

Los diversos elementos que pueden servirnos para esta diferenciación son:

a) La extracción sucesiva en tres tubos, que debe hacerse siempre que se note el menor tinte rosado ó rojizo al empezar la salida del líquido. Como Tuffier y Milian [1] lo han afirmado, siempre que el tinte sea uniformemente hemorrágico en los tres tubos puede afirmarse la hemorragia intraaracnoidea anterior. Si, al contrario, el color rojizo sólo existe en el primer tubo y falta totalmente en los otros, se trata de una hemorragia accidental en la punción. En cambio, el tinte simplemente creciente ó decreciente no tiene este valor negativo, pues, como hemos visto con el doctor Acuña, en dos casos de fractura del cráneo, la coloración puede hacerse menos intensa ó más

1 Tuffier et Milian: «Technique de la ponction lombaire dans les hémorragies intra-rachidiennes».—*Presse Médicale*, 5 de marzo 1902.

Milian: «Le liquide céphalo-rachidien hémorragique».—*Gazette hebd. de méd. et de chir.*, 7 de agosto de 1902.

intensa en los tubos sucesivos, aun en casos de hemorragia anterior. [1]

b) La coagulación de la sangre en el líquido extraído.—La sangre mezclada al líquido céfalorraquídeo en el momento de la punción se coagula, ó en masa, ó en pequeños copos rosados, según su cantidad, mientras que si existía una hemorragia intrarraquídea previa, se hará una simple sedimentación sin coágulo.

Este elemento de criterio no tiene valor absoluto sino cuando es negativo, es decir, cuando no hay coagulación ni precoz ni tardía; entonces es seguro que la hemorragia intrarraquídea existía anteriormente. En cambio, se ha constatado coagulación tardía, y aún en un caso, inmediata, [2] en casos en que había también hemorragia previa, de suerte que la existencia de la coagulación no nos permite afirmar, en absoluto, que la sangre provenga de picadura accidental.

c) El color del líquido después de centrifugación.—Si hecha la centrifugación durante varios minutos, el líquido colocado por encima del *culot* ó sedimento rojizo, es rosado, ligeramente rojizo ó amarillento, puede afirmarse la existencia de una hemorragia intraaracnoidea anterior, puesto que es indudable que los glóbulos rojos han sufrido ya una *hemolisis* más ó menos acentuada.

Si, en cambio, el líquido superpuesto al *culot* es perfectamente claro y límpido, es casi seguro que se trata de una hemorragia accidental por picadura, y decimos *casi*, porque el hecho puede observarse en hemorragias intrarraquídeas enteramente recientes, en que no ha habido aún tiempo de que la hemolisis se produjera.

Procurando mantenerme en el terreno más práctico posible, y no entrar en detalles complicados ó de más difícil apreciación para el médico general, no me ocupo de los caracteres que para este criterio diferencial pueden ser deducidos del examen microscópico y del citodiagnóstico; caracteres bien estudiados por Sabrazés y Muratet y últimamente por Froin, y discutidos también en el trabajo de Acuña (*nota 1, pág. 7*).

Más adelante, al hablar de los diversos estados patológicos en particular, insistiremos sobre los caracteres diferenciales de los líquidos

---

1 Véase las observaciones en el trabajo ya citado de Acuña, nota núm. 1, pág. 7.

2 Bruneau: «Liquide céphalo-rachidien sanguin à coagulation normale». *Marseille Médicale*, 1903. Este caso es discutible, sin embargo, por haberse hecho la punción después de la muerte (Froin).

céfalorraquídeos hemorrágicos, así como sobre la *xantocromía*, ó coloración amarilla, que no siempre proviene de una hemorragia anterior.

En cuanto á los *procedimientos de estudio*, aplicables al líquido céfalorraquídeo, ellos son los mismos que los de uso corriente para los otros líquidos de punción.

Limitándonos á los más importantes, del punto de vista práctico, el *aspecto del líquido*, su *limpidez* ó *enturbiamiento*, su *color sanguinolento*, antes y después de centrifugación, tienen gran interés para el médico, así como la *presión* bajo la cual sale, la tensión del líquido céfalorraquídeo, aproximadamente apreciable, según lo hemos indicado anteriormente.

De modo que *el examen directo*, sin ayuda de otro aparato que varios tubos de ensayo, *permite, tratándose de líquido céfalorraquídeo, deducciones diagnósticas mucho más importantes que en cualquier otro líquido de punción*. Y uniendo esos resultados al esta do del enfermo que se examina, agregando sobre todo la *dosificación*, ó la apreciación aproximada de la cantidad *de albúmina* por el método de Heller-Brandberg, se puede llegar á conclusiones diagnósticas casi seguras, como lo veremos más adelante.

La *dosificación de urea y de cloruros* se hace por los mismos procedimientos que en la orina, usando solamente un tubo más fino con divisiones más adaptadas á la apreciación de pequeñas cantidades de ázoe, tratándose de la urea. Por lo demás, estas dosificaciones no tienen interés práctico, siendo sólo investigaciones científicas interesantes, especialmente en ciertos casos (uremia).

La *crioscopía* no suministra datos clínicos importantes y la dejaremos de lado.

En cambio, el *citodiagnóstico* es de importancia considerable. En un trabajo anterior hemos insistido ya sobre el mejor medio de practicarlo. [1]

Diremos, pues, solamente, que conviene tomar siempre una cantidad sensiblemente igual de líquido, 4 á 5 centímetros cúbicos, en un tubo bien afilado; centrifugar mucho (si se trata de líquido límpido, sobre todo, debe emplearse lo menos 20 minutos), aspirar luego con una pipeta fina muy cuidadosamente el líquido que sobrenada, y extender el *culot* sobre el vidrio; si el sedimento parece escasísimo ó nulo es preferible no extender, sino depositar la gota simplemente y dejar secar lentamente.

1 Aráoz Alfaro y Bordot: «Contribución al estudio del citodiagnóstico en algunas enfermedades de la infancia».—II Congreso Médico Latino-Americano. Buenos Aires, 1904.

Luego de secado se fija en la platina caliente ó con la mezcla de alcohol y éter, y se colorea con azul de metileno-eosina, ó hematoxilina-eosina ó triácido de Ehrlich. Al estado normal, la pobreza en elementos celulares es tan grande que apenas pueden verse, recorriendo toda la preparación, algunos linfocitos.

Ciertos líquidos, muy turbios ó purulentos, pueden ser examinados sin centrifugación dejándolos sedimentar un instante.

El *examen bacteriológico*, muy importante, es fácil en los líquidos turbios, purulentos; muy difícil y casi siempre de resultado negativo en los líquidos límpidos. Una centrifugación larga permite, sin embargo, con cierta frecuencia, encontrar bacterios en éstos; el bacilo de Koch, por ejemplo Está de más decir que se aplican á este examen las coloraciones habituales (Gram, Ehrlich, Ziehl, etc., etc.).

En la mayor parte de los casos, la investigación bacteriológica requiere los *cultivos* y las *inoculaciones* á los animales, pudiendo asimismo quedar negativos los resultados, sea por la escasez de los microbios (meningitis tuberculosa), sea por la atenuación y aún desaparición de algunas bacterias bajo la acción del líquido céfalorraquídeo (meningococcus, pneumococcus), si la punción se hace tardíamente, varias semanas después del principio de la enfermedad.

Insistiremos sobre todos estos puntos al ocuparnos en ¡ articular de las afecciones en que la punción lumbar está indicada, sea como medio diagnóstico, sea como agente terapéutico.

II

EL LÍQUIDO CÉFALORRAQUÍDEO EN LOS DIVERSOS ESTADOS PATOLÓGICOS

Más bien que estudiar una por una las diversas alteraciones del líquido, preferimos considerar sucesivamente los distintos estados patológicos, ó los grupos de afecciones análogas, indicando en cada caso los caracteres comunes y los diferenciales que el práctico puede utilizar para precisar su diagnóstico. Creemos que en esta forma nos exponemos menos á repeticiones y sintetizamos mejor los datos que interesan al médico.

Empezaremos por los procesos agudos meningoencefálicos.

MENINGITIS AGUDAS.

Desde luego, el estudio del líquido céfalorraquídeo permite sentar con seguridad, en la inmensa mayoría de los casos, el diagnóstico de meningitis y el de su naturaleza.

Los *caracteres comunes* á todos los procesos meningíticos agudos son:

Aumento de tensión; salida en chorro ó gota á gota pero muy rápidamente.

Enturbiamiento del líquido, que puede ir desde una ligera *opalescencia* hasta la franca *purulencia*.

Aumento de la cantidad de albúmina, que puede ir desde 0.50 ó 1 hasta 3, 5 y aún más gramos por 1,000.

Presencia de numerosos elementos celulares, en las preparaciones hechas con el *culot* del líquido centrifugado (la clase y el estado de esas células varían en los diversos procesos).

A menudo, pero no siempre, se encuentra los microorganismos determinantes del proceso meningítico.

Estos caracteres no son, naturalmente, todos de igual valor ni se presentan con igual constancia.

Así, por ejemplo, el enturbiamiento del líquido falta á menudo en los procesos tuberculosos, en las meningitis serosas y atenuadas. Raro es, sin embargo, que la limpidez sea absolutamente perfecta, y á veces, después de un rato, se forman coagulaciones en copos muy finos ó en delgadísimos retículos que han sido comparados á telas de araña.

El aumento de tensión, apreciado *grosso-modo* por la rapidez con que se escurre el líquido, puede también faltar á veces, aunque probablemente se trata más bien de un retardo en la salida á causa de lo espeso del líquido.

El aumento en la cantidad de albúmina y la abundancia—más ó menos grande—de elementos celulares en el sedimento, son, en cambio, caracteres constantes, aunque variables en cantidad.

Pasemos ahora á indicar someramente los caracteres diferenciales entre las diversas clases de procesos meníngeos agudos.

Meningitis supuradas (cerebroespinal epidémica y esporádica, meningocóccica, pneumocóccica, etc.)

Líquido generalmente muy turbio, llegando á veces á ser opaco y con copos, de color lechoso ó amarillento ó verdoso, francamente purulento. Si la enfermedad se prolonga, con tendencia á la curación, el líquido va haciéndose cada vez más claro.

Cantidad de albúmina considerable, y á menudo presencia de fibrina.

Al citodiagnóstico, preparaciones constituídas por gran cantidad de

elementos celulares, entre los que predominan notablemente los polinucleares, tanto más alterados, granulosos y degenerados, cuanto mayor es la purulencia del líquido. Al simple examen, puede casi siempre reconocerce la existencia de bacterios intra ó extracelulares (meningococcus de Weichselbamm, pneumococcus y excepcionalmente otros microbios; colí, Eberth, Pfeiffer, etc.).

Esta fórmula de *polinucleosis* acentuada, propia de las meningitis de tendencia supurativa, va modificándose gradualmente, sin embargo, si el proceso se prolonga con tendencia á la curación; poco á poco los polinucleares disminuyen y los linfocitos aumentan, hasta que, al último, se observa una verdadera linfocitosis. [1] Esta evolución de la fórmula leucocitaria constituye, pues, como hemos tenido ocasión de constatarlo varias veces, un excelente elemento de pronóstico. [2]

El examen bacteriológico directo, los cultivos y las inoculaciones permiten las más de las veces determinar categóricamente la naturaleza bacteriana del mal. [3]

Prescindo de los datos que puede suministrar el estudio de la permeabilidad meníngea, de la hemolisis, de la crioscopía, etc., para atenerme á los caracteres de valor positivo y seguro.

Meningitis tuberculosa.

Líquido generalmente límpido ó apenas enturbiado con pequeños copos ó retículos; aumento de albúmina siempre acentuado aunque generalmente no tan marcado como en las meningitis supuradas.

Al citodiagnóstico, elementos numerosos si se compara con los del líquido normal pero mucho menos abundante que en las meningitis supurativas; predominio considerable de linfocitos, que á veces forman casi exclusivamente la preparación.

En ciertos casos, sin embargo, se ha observado polinucleosis en me-

---

1 Véase, aparte de nuestro trabajo ya citado y del de Acuña, las comunicaciones de Labbé et Castaigne; Bull. et mémoires de la Soc. méd. des hôpitaux. París, 29 marzo 1901.

Sicard et Brécy; id id. id. Abril 1901.

Appert et Griffon id. id. id. 5 julio 1901.

Y los trabajos ya citados de Labbé, Netter, Achard, Heubner, Fürbinger, Concetti, etc., etc.

2 Bordot —Sobre algunos casos de meningitis cerebroespinal. *Archivos latinoamericanos de pediatría*. Julio 1905.

Id Nuevos casos de meningitis cerebroespinal, etc. Id. id. id. Febrero 1906.

3 Sin detenernos mayormente en este punto, recordaremos solamente que, en nuestros casos, aunque el meningococo de Weilchselbamm ha sido el microbio encontrado el mayor número de veces, hemos visto á veces como único bacterio reconocible el pneumococo de Fränkel.

ningitis tuberculosas bien constatadas á la necropsia; tenemos una observación personal análoga á varias publicadas en Europa. [1]

Estos hechos excepcionales parecen corresponder las más de las veces á la existencia de tuberculomas cerebrales; Concetti [2] y su discípulo Flamini [3] creen que el predominio de los polinucleares se debe en esos casos á la presencia en el líquido de numerosos bacilos de Koch que provocan una reacción más violenta que lo común, y que el error en que se pudiera ser inducido por la polinucleosis será casi siempre rectificado por la facilidad con que se encuentra el bacilo de Koch en el producto de la centrifugación.

Por lo demás, la frecuencia con que el bacilo es revelado por la coloración es muy diversamente apreciada por los autores; nuestras observaciones personales nos hacen creer que no se le constata en la gran mayoría de los casos, sin negar que el éxito dependa en mucho de la prolijidad y reiteración con que se hace el examen. [4]

Meningitis serosas; meningitis tóxicas ó atenuadas; meningismo.

Las meningitis serosas, que Quincke creyó deber constituir una entidad mórbida especial, parecen deber ser consideradas, en general, como meningitis atenuadas, debidas ó á substancias tóxicas de origen bacteriano (Concetti) ó quizás á bacterios demasiado poco numerosos ó poco virulentos para provocar una reacción más intensa ó supurativa.

Trátase á veces de procesos aparentemente primitivos—y algunos creen que pueden constituir el primer período de una meningitis supurada cerebroespinal (hipótesis que considero poco probable);—en otras ocasiones, el proceso meníngeo es secundario á una infección en

---

1 En esta observación, citada por el doctor Acuña, se encontró 65 por ciento de polinucleares. Véase, respecto de esta polinucleosis en las meningitis tuberculosas, las observaciones de: Méry et Baboneix: *Bull. médical*. París, 14 de mayo de 1902.

Guinon et Simon: *Bull. de la Société de Pediatrie*. París, 15 de abril de 1902.

Mareau et Mutzner: *Archives gén. de médecine*. Septiembre de 1901.

2 Concetti. La citodiagnosi, etc., etc. *Riforma medica*. 1902, número 13.

3 Flamini. Contributo allo studio citologico del liquido cefaleorachideo, etc. Rivista de clinica pediatrica. Junio de 1903.

4 Así, mientras Marfan dice no haberlo constatado sino excepcionalmente, Stadelman lo encontró en el 22 por ciento de los casos, Pfaundler en el 70 por ciento, Fürbringer en el 70 por ciento, Bernheim y Moser 41 veces sobre 60 y Lutier 15 veces en 25 casos.

otros órganos (*fiebre tifoidea, neumonía, bronconeumonía, gastroenteritis ó enterocolitis*, etc.) [1]

En todos estos casos, los caracteres del líquido suelen ser:

Aumento de tensión considerable.

Limpidez más ó menos perfecta, á veces completa.

Aumento generalmente considerable de la albúmina; se ha podido hablar, en este sentido, de meningitis químicas, dada la escasez de elementos celulares que se encuentra en algunos casos.

El citodiagnóstico muestra las más de las veces, un aumento discreto de los elementos celulares, predominando generalmente los linfocitos, excepcionalmente los polinucleares (son éstos los casos en que puede uno creerse en el primer estadio de una meningitis supurativa).

No raras veces la linfocitosis es bien acentuada, de modo que en todos los campos se encuentre en abundancia los linfocitos.

En más raras ocasiones el examen microscópico se muestra sensiblemente normal, es decir, que en toda la preparación se ven apenas algunos linfocitos. Son éstos los casos que confinan á lo que se ha llamado *meningismo* (Dupré) ó *pseudomeningitis:* síntomas meníngeos más ó menos netos, y al examen del líquido céfalorraquídeo, aparte del aumento de tensión, ningún elemento organizado anormal y si sólo, á veces, un aumento apreciable de la albúmina.

Dada la confusión que aún existe en este punto, creo deber insistir un momento sobre los datos de mi observación personal.

En dos casos de meningitis tífica, es decir meningitis sobrevenida en el curso de fiebre tifoidea, una precoz, otra tardía pero evolucionando los dos casos con cuadro meningítico acentuado hasta la muerte, el líquido, aumentado de tensión, era límpido en uno, ligeramente opalescente en el otro. En los dos había aumento de albúmina marcado (no se hizo dosificación) y linfocitosis discreta. En ninguno de los dos se encontró ni pudo cultivarse microorganismos, ni Eberth ni otros.

En varios casos de manifestaciones meníngeas ligeras y que pasaron pronto en el curso de una tifoidea (clínicamente *meningismo*) constatamos: aumento de tensión; líquido, límpido; linfocitosis discreta ó escasa; aumento de albúmina; ningún microorganismo.

---

1 Véase Levi: De la meningite séreuse due au pneumocoque. *Arch. de méd. exp. 1897.*

Nobecourt et Voisin: Ponct. lombaires dans les inf. bronchopulm. des enfants. *Rév. mens. des maladies de l'enfance*, 1903.

R. Voisin: Thèse de París, 1904.

Idéntico resultado hemos constatado en varios casos del llamado meningismo en neumónicos, bronconeumónicos, gastroenteríticos, etc., de modo que consideramos demostrado, por el estudio del líquido céfalorraquídeo, que los llamados estados de meningismo ó pseudo-meningitis, no son, en realidad, por lo general sino meningitis leves, atenuadas, debidas seguramente á substancias tóxicas, no á infecciones microbianas de las meninges.

Estas ideas, que tienden hoy á prevalecer, gracias á la frecuencia con que la punción lumbar es practicada, han sido ampliamente defendidas en la tesis de mi ex interno y actual colaborador doctor Bordot y establecen simples diferencias de grado entre lo que se llamaba meningismo y meningitis, especialmente en los estados secundarios á infecciones diversas. Y no dejan de tener su importancia práctica, puesto que estas observaciones repetidas han hecho ver la curabilidad frecuente de meningitis indiscutibles, demostrando de paso la acción utilísima de la punción lumbar en su terapéutica, punto sobre el cual insistiremos al final de este trabajo.

Una vez, sin embargo, en el curso de una neumonía con fenómenos meníngeos acentuados (rigidez de la nuca, signo de Kernig, *machonnement*, estrabismo, arritmia del pulso y de la respiración, vómitos frecuentes), y en que, por consiguiente, el diagnóstico clínico de meningitis verdadera parecía más probable, el líquido extraído por punción lumbar fué perfectamente normal, como limpidez, como composición química y citológica; parecía solamente un poco aumentado de tensión. Por lo demás, la acción de la punción fué utilísima, y al día siguiente el cuadro había cambiado notablemente, sin que la neumonía hubiera hecho crisis, sin embargo.

Esta observación parecería, pues, indicar que no es justo, por ahora al menos, pretender suprimir del todo el meningismo, desde que hay casos en que no se constató la menor alteración química ó histológica del líquido céfalorraquídeo.

Encefalitis; abscesos cerebrales ó cerebelosos; otitis y mastoiditis.

En el diagnóstico diferencial de las encefalitis y especialmente del absceso cerebral con las meningitis, el examen del líquido céfalorraquídeo es muy importante, pues en aquellas afecciones se conserva normal ó muestra á lo más una ligerísimalinfocitosis, sobre todo cuando el absceso se aproxima á las meninges (reacción inflamatoria ligera de vecindad).

En cambio, la constatación ulterior de la salida de un líquido turbio con los caracteres estudiados al hablar de la meningitis supurada, permite afirmar, ya se trate de abscesos ó de flebitis de los senos, ya de otitis ó mastoiditis, que la barrera meníngea ha sido salvada desgraciadamente, y que el pus ó los bacterios han hecho irrupción en la cavidad subaracnoidea.

En tales casos, el estudio del líquido céfalorraquídeo tiene, pues, una importancia considerable para guiar la conducta del cirujano y para iluminar un tanto el pronóstico.

En dos casos recientes, hemos podido constatar así la existencia de una meningitis consecutiva á un absceso de origen ótico tardíamente operado, y otra á una mastoiditis gravísima (en este último caso, la meningitis era pneumocóccica).

Debemos, sin embargo, poner en guardia sobre un posible error á que hemos sido inducidos una vez por una mala interpretación de los datos suministrados por el examen del líquido céfalorraquídeo.

En pocas palabras, tratábase de un niño que habiendo sufrido varias semanas antes un traumatismo en la región frontal, sin lesión ósea aparente, presentaba, con intermitencias, cefalea, vómitos, ligera rigidez de la nuca y signo de Kernig, escasísima elevación de temperatura. Al examen del líquido céfalorraquídeo, se constató linfocitosis discreta con líquido límpido, y esto inclinó al diagnóstico de meningitis tuberculosa á pesar de haberse pensado antes en la posibilidad de un absceso cerebral.

La autopsia reveló que se trataba de un absceso muy superficial del lóbulo frontal y la ligera linfocitosis del líquido céfalorraquídeo era debida, por consiguiente, á una irritación meníngea de vecindad. [1]

Traumatismos craneanos y raquídeos; fracturas de la base; hemorragia cerebral y meníngea; hematomielia.

En los traumatismos graves del cráneo, la punción puede ser de gran utilidad para precisar el diagnóstico. [2]

---

1 M. Acuña.—Un caso de absceso del lóbulo frontal simulando una meningitis tuberculosa. *Sociedad Médica Argentina*, sesión del 4 de junio de 1906.

2 Véase especialmente:

Tuffier y Milian.—Ponction lombaire et fracture du crâne. Sociedad de Biología, París 1901.

Guegnen.—De la ponction lombaire dans les traumatismes du crâne et du rachis—Thèse de París, 1902.

Así en las fracturas de la base, el líquido es generalmente rojo ó rojizo, bien netamente hemorrágico; la salida de líquido hemorrágico en el estado comatoso consecutivo al traumatismo permite, pues, rechazar el diagnóstico de simple «conmoción» ó de histeria. [1]

Desgraciadamente la distinción entre contusión cerebral y fractura no podría hacerse con certidumbre, como lo ha indicado Rochard, porque en el primer caso el líquido es también hemorrágico; será muy raro, sin embargo, que lo sea tanto como en la fractura.

Conviene recordar, aunque lo hemos dicho ya más arriba, que cuando han pasado algunos días ó semanas después de un accidente susceptible de determinar hemorragia intrarraquídea, el líquido suele ya no ser hemorrágico sino presentar un tinte amarillento ó amarilloverdoso (xantocromía) que algunos creen deberse á una transformación de la hemoglobina y otros creen debida á la luteina. Desgraciadamente ese tinte ha sido encontrado en casos de meningitis cerebro-espinal y tuberculosas, aunque muy excepcionalmente, lo que puede quitarle en estos casos valor diagnóstico decisivo. [2]

En el diagnóstico de *hemorragia extradural y subdural*, el carácter del líquido céfalorraquídeo puede ser decisivo. Sicard y Monod han mostrado el líquido límpido en un caso de gran hematoma extradural y, viceversa, Raymond refiere un caso en que, consecutivamente á un traumatismo craneano y después de una semana de salud perfecta, caído el enfermo en un estado de sopor, el tinte amarilloverdoso del líquido céfalorraquídeo resolvió la intervención quirúrgica encontrándose un enorme foco hemorrágico debajo de la duramadre. [3]

En los *traumatismos del raquis*, sin detenerme en cuestiones de menor importancia, recordaré sólo que en la hematomielia ó en la hemorragia meníngea debajo de la duramadre, el líquido es hemorrágico y que en las punciones sucesivas puede verse si el derrame se reabsorbe ó se infecta.

En un caso de *hematomielia traumática*, por traumatismo en la región cervical, con cuadriplegia (niño de 9 años), la primera punción hecha tres días después, dió líquido hemorrágico de coloración uniforme.

---

1 En dos fracturas de la base, en el Hospital San Roque, se constató líquido sanguinolento, observaciones III y V del trabajo de Acuña citado; en otro caso de coma después de traumatismo, el líquido era límpido y la autopsia demostró que no había fractura de la base ni hemorragia intraaracnoidea (observación VI del mismo).

2 Observaciones de Bard, algunas de Lutier y de Netter, citadas por Acuña (loc. cit.).

3 Raymond, *Presse Médicale*, 23 de septiembre de 1903.

Casi dos meses después el líquido era apenas amarillento y una semana más tarde enteramente límpido. El enfermito mejoraba gradualmente (obs. I de Acuña).

En el diagnóstico diferencial de las *hemorragias meníngeas* [1] con las meningitis, la constatación de un líquido hemorrágico, es terminante en favor del primero, como puede serlo para afirmar *hemorragia cerebral* en caso de duda con el *reblandecimiento*.

En la *paquimeningitis hemorrágica*, el líquido puede ser sanguinolento ó de color amarillo ó ambarino. [2]

Afecciones crónicas del sistema nervioso, tabes, parálisis general, esclerosís en placas, hidrocefalia. Corea; histeria.

En general todas las afecciones inflamatorias ó degenerativas cerebromedulares, se señalan por ligeras alteraciones del líquido céfalorraquídeo, especialmente por pequeño *aumento de albúmina* y por linfocitosis más ó menos acentuada.

Esta linfocitosis, que se ha constatado tanto en el tabes como en la *parálisis general*, la *esclerosis en placas*, las *mielitis sifilíticas*, puede ser de positiva utilidad en el diagnóstico de formas frustras ó incipientes de esas afecciones, especialmente de la ataxia locomotriz.

Personalmente hemos podido corroborar la importancia considerable que los neurologistas franceses y especialmente Babinsky, á quien hemos oído tantas veces, asignan á la linfocitosis como signo de sífilis del sistema nervioso.

Y queremos citar un caso negativo reciente, que creemos de interés. En una parálisis general ó pseudoparálisis general alcohólica, grave y avanzada, que observamos actualmente en nuestro servicio del hospital de Clínicas, el líquido perfectamente límpido no ha mostrado la menor linfocitosis; en las preparaciones era muy difícil encontrar elemento alguno celular.

Ahora bien, este enfermo no tiene ni antecedentes ni estigma alguno de sífilis. En cambio todos los otros paralíticos generales, de origen sifilítico, que hemos estudiado, presentaban un líquido céfalorraquídeo con linfocitosis acentuada.

---

1 Netter y Clerc. *Société Médicale des Hôpitaux*. París, juillet 1900.

2 Véase obs. IV, del trabajo de Acuña ya citado. Valor semiológico de algunos signos deducidos del estudio de la punción lumbar. Buenos Aires, 1905.

No pretendemos sacar conclusiones de ese caso negativo, pero la observación nos ha parecido suficientemente interesante para no dejar de mencionarla.

Aunque se trate de hechos excepcionales, debemos consignar que en dos casos de tabes (Villaret y Tixier) y en dos de sífilis cerebral (Widal y Lemierre) se ha encontrado líquido turbio ó puriforme, con polinucleosis, sin que hubiera, al parecer, infecciones meníngeas sobreañadidas.

En las afecciones nerviosas consideradas hasta ahora como sin lesión (*corea*, *epilepsia*, *histeria*), no se encuentra alteraciones apreciables del líquido céfalorraquídeo y no las hemos encontrado nosotros en muchos casos examinados.

Según Dufflos, en las *vesanías* (manía, melancolía, demencia senil), no se constata tampoco modificaciones del líquido aracnoideo.

En muchos casos de *hidrocefalía* hemos constatado solamente aumento de tensión más ó menos acentuada, pero sin alteraciones químicas ni histológicas del líquido.

NEFRITIS AGUDAS Y CRÓNICAS, UREMIA.

Los interesantísimos estudios de Widal y sus discípulos, de Achard y sus colaboradores sobre la retención de los cloruros y de la urea en los bríghticos, estudios que hemos reasumido hace algún tiempo agregándoles nuestra contribución personal, han llevado naturalmente á estudiar el líquido céfalorraquídeo en estas afecciones y especialmente en las formas nerviosas de la uremia. [1]

Sin entrar á estudiar detenidamente este capítulo sobre el cual mi interno el señor Camou disertará en su tesis inaugural y que mi ayudante el doctor Bordot tratará en su trabajo presentado al Tercer Congreso Médico Latino-Americano, recordaré solamente que casi siempre se encuentra en los casos de uremia *una cantidad de urea considerable* en el líquido céfalorraquídeo (hemos dosado hasta 2 y 2.40 gramos por mil en vez de los pocos centigramos que existen normalmente).

A menudo, pero no siempre, la albúmina está aumentada.

---

1 Aráoz Alfaro. Las nuevas ideas sobre la patogenia de los edemas en los nefríticos, etc., etc. Revista de la *Sociedad Médica Argentina*, 1904.

Idem ídem. Sur la retention des chlorures et l'action du regime hypochloruré dans les néphrites infantiles. Archivos latinoamericanos de pediatría, 1905.

En cuanto á los cloruros, generalmente se conservan en la taza de 6 á 7 por mil, normal, pero á veces los hemos encontrado aumentados hasta 8 por mil y más.

Pero lo que sí hemos encontrado siempre aumentada de un modo notable es la tensión y seguramente la cantidad del líquido céfalorraquídeo. Como lo había hecho ya notar en mi trabajo anterior, en varios casos de uremia nerviosa (eclampsia y coma) hemos visto salir el líquido en gran chorro, llenando rápidamente dos ó más tubos de ensayo, habiendo notado además una notable mejoría ulterior que nos hacía el efecto de las que se obtienen en esos casos después de una copiosa sangría.

III

INDICACIONES TERAPÉUTICAS DE LA PUNCIÓN LUMBAR

Sería prolongar de un modo excesivo este trabajo, estudiar detenidamente los casos en que la punción lumbar presenta una utilidad terapéutica probada ó probable.

Me limitaré, pues, á señalar las indicaciones principales, dejando para otro trabajo su estudio detallado.

Ellas son las siguientes:

En los procesos meningíticos ó meningoencefálicos agudos, especialmente en las meningitis agudas supurativas, las punciones lumbares repetidas ejercen una acción calmante notable sobre la cefalea, los vómitos, las contracturas ó convulsiones.

En la *meningitis cerebroespinal*, es considerada la punción lumbar, sobre todo después de los trabajos de Netter, no sólo como una medicación sedante sino como el mejor medio curativo actual, si es frecuentemente repetida.

En las *meningitis atenuadas ó «meningismo»*, en el curso de la fiebre tifoidea, de las neumonías, de las gastroenteritis, una sola punción á veces, basta para despejar el cuadro, haciendo desaparecer los fenómenos nerviosos graves.

En los *tumores cerebrales ó cerebelosos*, la punción lumbar es útil contra los fenómenos de hipertensión (crisis de vómitos y cefalalgia).

En las *hemorragias meníngeas ó submeníngeas*, en la *hematomielia* disminuyendo la tensión y substrayendo la sangre, las punciones repetidas favorecen indudablemente la reabsorción.

En las *hidrocefalias*, punciones repetidas parecen detener el proceso á veces ó disminuir, por lo menos, los desórdenes y las lesiones ulteriores cerebrales.

En el *mal de Bright*, en la *uremia*, especialmente en la forma nerviosa, ya lo hemos dicho antes, la punción lumbar con extracción abundante de líquido, ejerce una acción utilísima, tanto que nos ha parecido algunas veces tan eficaz como la sangría.

En las *afecciones nerviosas crónicas, durante las crisis de los tabéticos* como en los estados de «*ictus*» de los paralíticos generales, hemos visto á veces una modificación favorable inmediata después de la extracción de líquido céfalorraquídeo.

Algunos autores han pretendido mejorar ó curar la corea de Sydenham y la coqueluche por medio de la punción lumbar; en los casos en que la hemos practicado no hemos podido nosotros constatar mejoría apreciable.

En cambio la punción nos ha sido muy útil, como medio de sugestión probablemente, en algunos casos de *histeria* en la segunda infancia y hasta en algunos, pocos, casos de *incontinencia de orina*.

Doctor Gotuzzo (Río Janeiro).—Confirma as conclusões do Prof. Alfaro no que respeita ás vesanias. Na paralysia geral verdadeira sempre encontrou a leucocytose e na pseudo paralysia quasi sempre.

Assignala os beneficos effeitos da puncção lombar nos accidentes hystericos que simulam as affecções organicas do systema nervoso. Obteve excellentes resultados principalmente nas paraplegias hystericas.

Doctor Sisto (Buenos Aires).—El interesante trabajo del doctor Aráoz Alfaro que acaba de leerse, es una completa contribución sobre la punción lumbar, que fija la cuestión con los datos adquiridos hasta el último momento.

Sin embargo, debo manifestar que es necesario insistir, con él, sobre la necesidad de vulgarizarla tanto en el hospital como en la clientela civil, á pesar del sufrimiento que produce en la inmensa mayoría de los casos.

Es necesario estar prevenido también de que, á pesar de fijar todos los datos de reparo para hacer la inyección, sucede que en muchos enfermos se obtiene líquido sanguinolento á causa de atravesar con la aguja las venas meníngeas. A mí me ha sucedido cuatro veces sobre doce casos.

Aunque al doctor Aráoz Alfaro no le ha pasado, ni á mí hasta ahora, conviene anotar que el doctor Mya—en su traducción de «Malattie dei

Bambini» del doctor Henoch—manifiesta que en un caso hizo punción lumbar en blanco, hecho sobre el que me parece conveniente llamar la atención, ya que se hace la historia completa de la punción lumbar. No me explico suficientemente el hecho, pero ha sido observado por un profesor tan concienzudo como Mya, y por eso lo indico.

Yo también he tratado algunas afecciones nerviosas por la punción lumbar: entre ellas ocho casos de corea, encontrando en dos de ellos una pseudo-actinomices que ha sido consignado por el doctor Marotta de la Facultad de Buenos Aires, en un interesante trabajo sobre pseudo-actinomices.

Intereso á los estudiosos á ocuparse de esta vía como introducción de medicamentos, hecho que ya ha sido iniciado por Concetti en Roma, Franza en Lisboa y otros investigadores.

Siendo, pues, la punción lumbar un medio interesantísimo de diagnóstico, de pronóstico por consiguiente, y de tratamiento en algunos casos, repito que conviene insistir en su vulgarización tal como lo pide el distinguido relator.

Doctor De León (Montevideo).—Después de felicitar á mi ilustrado colega doctor Aráoz Alfaro por su interesante comunicación y adherir completamente á su conclusión de que: la punción lumbar debe generalizarse como medio diagnóstico y terapéutico, desearía que me dijera si ha hecho punción lumbar en la parálisis espinal infantil, y en caso afirmativo, cuál ha sido su resultado.

Doctor Aráoz Alfaro.—Doctor De León: creo que las alteraciones del líquido céfalorraquídeo indican reacción meníngea; pero pueden existir alteraciones intramedulares, sin reacción meníngea y por consiguiente, sin alteraciones del líquido céfalorraquídeo. No tiene, por lo tanto, ningún valor para el diagnóstico entre las paraplegias histéricas y orgánicas por procesos intramedulares sin reacción meníngea.

Doctor Morquio (Montevideo).—Nuestras investigaciones concuerdan exactamente con las conclusiones de la importante comunicación del doctor Aráoz Alfaro.

Creemos que una de sus consecuencias más importantes, es bajo el punto de vista del diagnóstico—primero para demostrar la existencia de una meningitis, y en segundo lugar la calidad de la meningitis.

La punción lumbar, nos ha enseñado el verdadero estado de

ciertos niños que presentan gastroenteritis ó broncopneumonías, ú otros estados inflamatorios con un cuadro meníngeo pasajero; en estos casos existe en realidad una irritación meníngea, como lo demuestra la presencia de la leucocitosis.

Esta forma siempre puede ser pasajera, ó dejar un grado más ó menos fuerte de agrandamiento craneano, que indica un aumento del líquido céfalorraquídeo, hasta constituir un estado hidrocefálico. Forma serosa de Quincke, de la cual una consecuencia también es la ceguera.

En cuanto á la importancia diagnóstica en las meningitis aguda y tuberculosa, ciertas observaciones son completamente concordantes con la fórmula clásica; aunque hemos enc ontrado las excepciones, en la misma forma que lo ha dicho el doctor Aráoz Alfaro.

Queremos mencionar especialmente los estados de conmoción ó de contusión cerebral en los recién nacidos; lo hemos hecho varias veces, en estado comatoso y convulsivo; hemos encontrado sangre, y se ha obtenido muchas veces la curación.

En los traumatismos craneanos de los niños mayores, entendemos que tiene una gran importancia diagnóstica y terapéutica.

Sólo me resta felicitar á mi distinguido é ilustrado colega argentino, el doctor Aráoz Alfaro, por tan importante como erudita comunicación.

Doctor Cafferata (Buenos Aires).—A propósito de la observación de Mya, citada por el doctor Sisto, de que pueden hacerse punciones lumbares en blanco por ausencia del líquido céfalorraquídeo, recuerdo un caso de la clientela privada que confirma lo manifestado por el profesor italiano. Tratábase de un niño de 8 años, con toda la sintomatología de un tumor cerebral, en quien cinco punciones hechas en una sesión y cuatro dos días después, fueron negativas á pesar de la técnica más rigurosa. Aparte de la importancia científica, debe tener presente el médico este accidente, que le expone á desempeñar un papel desairado ya sea ante una concurrencia de alumnos ó bien ante la clientela privada.

Doctor Varsi (Buenos Aires).—También he visto casos de punción lumbar blanca. En Berlín vi al doctor Casper repetir en un individuo tres ó cuatro veces una punción sin que saliera la menor traza de líquido céfalorraquídeo.

Doctor Aráoz Alfaro (Buenos Aires).—En el deseo de no moles-

tar mucho tiempo la atención de los señores congresales, he pasado por alto muchos puntos de cierta importancia, y deseo por eso aclarar algunos que han sido observados ú objetados.

Ante todo, la observación de los doctores Sisto, Cafferata y Varsi, sobre la posibilidad de punciones en blanco. Efectivamente, puede ocurrir el caso, y, aún descontando la posibilidad de una técnica defectuosa, puede explicarse el hecho, ó porque el lago aracnoideo termina más arriba que lo común, ó porque el bisel de la aguja es demasiado grande y no queda entero en el líquido ó pasa al otro lado. Por lo demás, no es raro en otras punciones exploratrices de la pleura, por ejemplo, fracasar á pesar de la existencia de líquido.

Por lo que hace á la posibilidad de tomar por líquido hemorrágico anterior aquel que tiene sangre agregada en el momento de la punción, estudio detenidamente la cuestión, que Tuffier, Milian, Chauffard, Froin, etc., han aclarado ya. La prueba de los tres tubos sucesivos, la coagulación en el caso de hemorragia accidental y la limpidez del líquido encima del *culot* de centrifugación, en contra de la falta de coagulación y del color amarillento ó rosado del líquido que sobrenada en el caso de hemorragia anterior, permiten siempre asegurar si se trata de una picadura accidental ó de hemorragia preexistente.

Un último punto importante es el suscitado por mi distinguido colega, doctor Morquio. Me refiero á la importancia de la punción en los recién nacidos asfíxicos ó después de distocia, con accidentes cerebrales graves. He leído los trabajos á que él se ha referido, pero no he tenido hasta ahora ocasión de hacer la punción en tales casos.

Anoto, pues, con interés, los datos de observación del doctor Morquio.

Traitement de la syphilis sans mercure ni iode

PAR LE

Docteur Tomás Varsi (de Rosario de Santa Fe)

PREMIERE PARTIE

Il y a seize ans je commençais mes premières recherches sur l'action du sérum sanguin injecté à l'homme. Voyant le résultat que cette

substance détermine comme élement hypertonique, j'ai résolu d'amplifier ces recherches. Je l'ai fait à plusieurs reprises, essayant successivement les sérums de chèvre, de chien et de cheval.

Le résultat de mes études confirme en partie les conclusions des autres observateurs, car le sérum sanguin de cheval, injecté à l'homme, produit, dans un assez grand nombre de cas, certains symptômes tels que: fièvre, postration, urticaire et un effet général tonique plus ou moins manifeste. Je crois que l'on n'avait pas cependant pratiqué des recherches sérieuses, sur ce point; vu que les uns disent que les injections de sérum de cheval sont inoffensives, tandis que d'autres affirment qu'elles peuvent, en certains cas, être dangereuses. C'est là une erreur basée sur des observations superficielles ou incomplètes.

Je me souviens, à ce sujet, qu'il y a six ans, lors du second Congrès Latino-Americain, qui eut lieu ici, le docteur Moore afirma que les injections de sérum de cheval étaient dangereuses.

En Allemagne, Kollman, si j'ai bonne mémoire, a dit quelque chose d'analogue, en s'occupant de la sérothérapie de la syphilis et obtenant des résultats absolument négatifs.

Il était donc nécessaire d'éclaircir ce point et d'amplifier, si cela était possible, les résultats déjà connus, de l'effet du sérum normal de cheval sur l'homme.

En attendant, et contrairement à la première affirmation, on peut citer les milliers d'injections qui se pratiquent journellement avec les sérums antitoxiques spécifiques, sans que l'on ait observé des phénomènes graves secondaires, imputables au sérum; en second lieu, la série de mes expériences, qui n'ont pas révélé non plus de pareils dangers.

J'ai fait mes recherches en préparant du sérum de plusieurs juments jeunes et saines, et en l'injectant à une série de vingt-trois individus.

Ils étaient dans le service de chirurgie, et avaient souffert de petits traumatismes. On ne les gardait à l'hôpital qu'en vue de faire sur eux des expériences. Tous étaient des hommes sains.

Ils reçurent 10 cc. de sérum normal, chaque semaine, pendant un mois et 20 cc. chaque semaine, pendant 15 jours; ils furent donc sous l'influence du sérum pendant un mois et demi.

Voici les observations:

1º—Chez le 35 ^{ème}% une réaction fébrile survenait 8 à 10 heures après l'injection; s'élevant, chez les uns, à 38º ou 39º et, chez les

autres, atteignant jusqu'à 40°. Cette hyperthermie durait généralement de 24 à 48 heures, et était accompagnée de céphalalgie, de postration, de soif et d'une certaine inquiétude.

2°—Dans le 40 % des cas on remarqua une douleur dans les jambes qui se produisait de 24 à 48 heures après l'injection, et n'était pas imputable au traumatisme.

3°—23 % eurent un peu d'albuminurie qui disparaissait dans les 48 heures. En injectant seulement 5 cc., l'albuminurie ne se produisait pas.

4°—On observa, sur deux individus, un grand œdème, localisé aux deux genoux, qui disparut spontanément en un jour sans laisser de trace.

5°—L'état général: appétit, facultés intellectuelles et les différentes fonctions se maintinrent apparemment normales, sans que l'on observât de symptômes inquiétants même pendant les accès fébriles.

6°—Sur 70 %, on observa une amélioration dans l'état général et une augmentation de poids variable.

7°—L'urine contenait une plus grande quantité d'urée; les autres éléments subirent quelques oscillations dont on ne tira aucune conclusion, vu leur irrégularité.

Les exanthèmes se remarquèrent sur 10 % et disparurent spontanément dans l'intervalle de 2 à 20 heures.

Tels furent les effets à courte écheance. Pour voir si, à longue terme, les observations changeraient, on choisit du groupe, trois individus auxquels on continua à injecter 20 cc. par semaine, dose que je considère trop élevée quoique n'atteignant pas le maximum.

A la cinquième injection, après en avoir reçu douze en tout; avec cent quatre-vingt-dix cc. de sérum j'observai:

1°—Que l'état général avait empiré, le visage avait pâli ainsi que les muqueuses, il y avait diminution de poids, quoique les forces se soutinssent, on remarquait une certaine apathie.

2°—L'analyse du sang révéla une diminution de globules rouges de 2 à 500.000.

3°—L'analyse de l'urine demontra qui il existait une légère phosphaturie et chlorurie; diminution sensible de l'urée. On trouva des traces d'albumine sur les trois individus.

Ces resultats furent certainement très importants et diamétralement opposés aux premiers.

Voici les observations dûment comparées:

INJECTIONS DE SÉRUM NORMAL DE CHEVAL

Effets observés à bref délai.	*Effets a longus terme.*
Fièvre dans quelques cas.	Pas de fièvre.
Douleurs dans les membres inférieurs.	Douleurs légères.
Albuminurie qui disparaissait en quelques heures.	Albuminurie persistante quoique peu accentuée.
Œdèmes localisés.	Pas d'œdemes.
Pas de symptômes inquiétants.	Pas de symptômes inquiétants.
État général meilleur.	État général pire.
Augmentation de poids.	Diminution de poids.
Exanthèmes, quelquefois.	Pas d'exanthèmes.
Coloration normale du visage et des muqueuses.	Pâleur du visage et quelque peu des muqueuses.
On n'examina pas le sang qu'on supposa normal.	Sang avec diminution de globules rouges de l'état normal de 2 á 500.000.
Augmentation de l'urée.	Diminution de l'urée.
Les autres éléments plus ou moins normaux.	Phosphaturie et chlorurie légères.

Par le tableau qui précède, on remarque que les injections à court délai, operènt, comme tonique général, activant les combustions, augmentant le poids et apportant un certain bien être général; tandis qu'employées au delà d'une certaine limite, les résultats sont absolument opposés. C'est uniquement dans ce cas que les sérum peut être dangereux. Ces résultats sont d'autant plus intéressants qu'ils ressemblent extraordinairement à ceux obtenus par l'administration du mercure. Nous savons, en effet, que cette substance, employée à doses thérapeutiques et dans un délai court, est pour les syphilitiques un veritable reconstituant; activant les combustions, augmentant le nombre des globules rouges, ainsi que le poids du corps, tandis qu, un traitement prolongé au delà d'un certain terme produit des effets diamétralement opposés et peut même arriver à être très dangereux.

DEUXIEME PARTIE

Je pris en 1895 la résolution de rechercher les effets du sérum normal de cheval injecté à des syphilitiques en suivant la voie de Tommasoli, Richet, Fournier et Feulard, Kollman Mazza, etc., bien que je ne connaissais leurs travaux que par le résultat négatif obtenu.

J'appliquai le traitement à douze syphilitiques en pleine période secondaire.

Presque tous avaient le chancre initial et des syphilides papuleuses ou maculeuses. Les injections furent données chaque semaine; la dose pour les deux premières fut de 10 cc et de 20 cc. pour les huit dernières,

Voici les résultats obtenus:

1°—Pour 25 % réaction fébrile.

2°—Pour 62 % amélioration de l'état général, augmentation de l'appetit et du poids.

Pour 15 % arrêt apparent de la marche des syphilides, pendant quelques jours, mais sans influence sur le chancre ni sur les engorgements ni sur les syphilides buccopharyngiennes.

Voyant que les injections n'exerçaient pas d'influence franchement favorable sur les symptômes spécifiques, je suspendis le traitement.

TROIXIEME PARTIE

En 1898 je repris mes études et, tenant compte que d'autres médecins comme Tommassoli et Finger avaient employé pour des injections aux syphilitiques du sérum provenant d'animaux qu'ils avaient mercurialisés, je me décidai à reprendre leurs expériences, en suivant, dans l'ignorance où j'étais du détail de leurs études un critérium et une méthode absolument personnels.

Il faut, avant tout, que l'on sache que mes devanciers injectaient des sels mercuriels aux animaux, et qu'ils s'empressaient de les saigner dans le but d'obtenir, croyaient ils, un sérum plus actif qu'ils avaient baptisé: sérum médicamenteux; nom absolument faux puisqu'il ne contenait aucun médicament.

Le nom même et la hâte qu'ils mettaient à pratiquer la saignée sur les chevaux *mercurialisés* montrent clairement que dans leur pensée, le sérum contenait quelque préparation mercurielle dont ils atendaient tout le résultat.

Il m'a été donné de reconaître que le sérum d'un cheval *mercurialisé* ne contient aucune trace de mercure et que c'est, au contraire, dans le caillot sanguin que celui-ci se retrouve.

Tommassoli, comme quelques autres, était donc dans une erreur profonde quand il attendait un bon résultat d'une pareille méthode.

Avant de poursuivre mes recherches je me suis posé cette question: Connait'on bien le mécanisme intime de l'action curative du mercure sur la syphilis? Jusqu'à présent aucune explication satisfaisante n'a été donnée à ce sujet. Personne n'aura l'idée qu'il agit comme antiseptique, puisque, comme nous l'avons vu, il ne se rencontre pas dans le sérum sanguin, mais bien dans certains tissus où l'on ne le retrouve

pas en état de concentration assez prononcé pour détruire le *spironé ma pallidum.*

L'action du mercure doit être toute différente, et il nous faut la chercher. Nous savons que le métal en question, agit sur l'organisme du syphilitique comme tonique général. Il active les combustions, augmente l'urée, les globules rouges, et amène l'augmentation du poids du corps: il est donc un puissant réconstituant, mais à condition d'être employé pendant peu de temps et à dose thérapeutique. Administré longtemps et d'une manière continue il agit, au contraire, comme un poison anémiant au suprême degré; presque tous les tissus de l'économie sont attaqués par lui.

Il faut donc tenir compte d'une première propriété du mercure sur l'organisme; c'est à dire de son action tonique réconstituante quand il est administré pendant de courtes périodes. Mais on comprend bien que cette action réduite à elle seule ne serait pas suffisante pour faire disparaître les manifestations syphilitiques, elle sert peut-être comme simple préparateur du terrain, comme coadjuvant. L'action principale curative et spécifique doit être autre.

Je suis convaincu que le mercure produit dans le sérum tiré du sang et dans les tissus non seulement un changement dans leur composition chimique, comme le prouvent l'élimination plus importante de l'urée, l'augmentation de l'hémoglobine; mais encore, et ce serait là le plus essentiel, il provoquerait aussi la formation de *nouvelles substances encore inconnues;* substances formées par la cellule vive réactionant au contact du mercure qui l'irrite. Ces substances, qui se formeraient plus où moins rapidement dans l'organisme sous l' influence du mercure et seraient un simple produit de la défense de la cellule en lutte contre l'influence mercurielle, changeraient donc le milieu sanguin et en feraient un moyen de culture inadoptable pour le *spironéma pallidum;* ou bien elles agiraient en neutralisant les toxines de ce micro-organisme.

Ces *substances inconnues,* que j'appellerai *anti-mercurielles,* seraient au mercure, sur le terrain chimique-biologique, ce qu'est l'antitoxine à la toxine sur le terrain biologique- microbien.

Je crois donc que ce sont les *substances antimercurielles* dont nous parlons, qui agissent comme spécifiques contre la syphilis, et je suis convaincu qu'en produisant et en injectant les dites substances aux syphilitiques, on peut espérer au moins un résultat égal ou se rapprochant de très près, de celui obtenu en traitant les mêmes malades directement par le mercure.

Le problème à résoudre se réduit donc, à ce qu'il me semble, à rechercher le meilleur procédé pour provoquer la formation de substances anti-mercurielles et à savoir à quelle dose on doit les injecter à l'homme.

Me basant sur ces idées j'administrai des sels mercuriels à des chevaux et à des juments pendant un temps plus ou moins long, et j'essayai, en diverses périodes du traitement, l'efficacité du sérum obtenu en faisant des injections à des syphilitiques pendant la période secondaire. Commencés en 1901, ces essais furent interrompus en 1903.

Voici les résultats sur diverses séries du groupe A, le plus intéressant.

GROUPE A

PREMIÈRE SÉRIE.—Jument après 15 jours de traitement.

Six syphilitiques au cours de la période secondaire avec chancres, pléyade de ganglions caractéristiques, alopécie chez quelques uns, et chez tous, roséole maculeuse ou papuleuse.

Cinq injections furent pratiquées une fois par semaine á la dose de 10^{cc} (sérum numéro 1).

Résultat on remarque les effets du sérum normal, soit une légère amélioration dans l'état général.

Les symtômes spécifiques, sur quelques uns des malades ne semblent pas poursuivre leur marche, mais ne constatant pas de faits réellement concluants, je me-décidai á avoir recours au sérum numéro 2.

DEUXIÈME SÉRIE.—Jument après 40 jours de traitement.

Les mêmes six malades: 4, avec le chancre cicatrisé; 2 à moitié de leur guérison, le même état général que pour la première série, ulcérations dans la bouche chez 3 d'entr'eux.

Injection de 10 cc. chaque six jours: 5 au total.

Résultat.—Réaction générale presqu'insignificante; chez deux malades, urticaire intense d'une durée de 10 heures. L'état général s'améliora beaucoup au commencement de la série. Chez quatre, les stigmates syphilitiques s'atténuèrent franchemet au point de disparaître complètement à la fin de la série.

Chez deux, il y eut un simple arrêt des manifestations cutanées dans leur évolution. Les ulcérations de la bouche persistèrent; à noter que l'eau boullie fut seule employée comme traiment local.

Remarquant que l' efficacité du sérum semblait augmenter á mesure que le traitement de l'animal se prolongeait, je me décidai à en employer un de 70 jours (sérum numéro 3).

Troixième série.—Jument après 70 jours de traitement.

Les mêmes six malades. Après 10 jours de repos; leur état est le même que dans la deuxième série, à cela prés seulement que tous les chancres sont cicatrisés.

Un des malades refuse de suivre le traitement et obtient son exéat.

Les cinq restants reçoivent deux injections de 10cc, et en suite trois de 20cc (une chaque 6 jours). Sérum numero 4.

Résultat.—Trois des malades peuvent être considérés comme guéris; à noter seulement que les ganglions primitivement infectés sont enco re grands.

Les ulcérations de la bouche guérirent immédiatement à quelques cautérisations au nitrate d'argent. Il n'y a pas d'alopécie notable.

L'état général ne saurait être meilleur: chez tous, il y a augmentation de poids. Ils obtiennent leur exéat à condition de se présenter une fois tous les dix jours. Chez les deux autres, on observe seulement une très grande amélioration.

GROUPE B

Première série.—Pour cette série, j'employai le sérum d'une jument à son 120ème jour de traitement, parce que l'animal, malgré l'usage si prolongé du mercure, ne manifestait aucune trace de souffrance et que je pensais que le sérum serait plus efficace.

Onze malades atteints de syphilis secondaire, presque tous jeunes Six ont des chancres, des syphilides maculeuses et papuleuses, des adénopathies; quelques-uns, de l'alopécie, des céphalalgies etc.

Ils reçoivent 10cc par semaine, pendant le premier mois, et 20cc, pendant le second. (Sérum numéro 5).

Résultat.—Après 12 jours de traitement, amélioration manifeste sur huit d'entre eux. Les papules s'aplanissent rapidement, se rident, et de leur surface se détachent de petites écailles.

Au bout de 25 jours, trois sont dans un état vraiment satisfaisant.

Amélioration rapide des autres manifestations.

Chez cinq, augmentation importante de poids: quatre des malades restent en état stationnaire avec un peu d'albumine dans les urines. Sept, au bout de peu de jours, obtiennent leur exéat, ils devront se représenter au dispensaire; les autres quittent la localité.

En présence des bons résultats, si rapides, je sépare du groupe dont nous nous occupons, quatre malades qui s'engagèrent formellement à suivre mes instructions pendant tout le temps que je leur indiquerais.

Je leur prescrivis un repos de quinze jours, après lequel je leur fis cinq injections de 10 cc. du même sérum bien qu'ils ne présentassent, en ce moment, aucune manifestation syphilitique. Ils restèrent en traitement en décembre 1901, janvier et février 1902. Depuis cette époque jusq'à ce jour, c'est à dire depuis 5 ans, ils n'ont absolument reçu aucun traitement de plus. Je les avais choisis parce qu ils présentaient des cas de syphilis assez graves avec les particularités suivantes: deux avaient des chancres vraiment monstrueux, c'étaient des tumeurs fibreuses, dont l'induration se pouvait noter encore quatre mois après la guérison.

Le troisième fut atteint d'alopécie totale et complète, suivie peu de jours après de la perte de tous les poils du corps.

C'était la première fois que je voyais se produire le phénomène d'une pelade absolue.

Le quatrième eut, dès les premiers temps, une syphilide papulo-érosive très discrète, mais accompagnée de céphalalgies vraiment atroces.

Ce sont les seuls malades que j'ai pu suivre jusq'à ce jour. J'ai toujours constaté chez eux un état de santé parfait, en ce qui concerne la syphilis dont ils ont à peine conservé le souvenir. Ils ont cependant mené une vie déréglée, abusant de l'alcool et des plaisirs sexuels. Leur profession les a aussi exposé à une foule de contingences désagréables et nuisibles pour la santé.

L'un d'eux eut la petite vérole, la blennoragie et une épidydimite; un autre souffre encore d'une blennorrhagie chronique.

H. P., l'un d'entre eux, 28 ans, cocher de place, actuellement charretier, a été examiné par moi le 8 du mois courant J'ai pu constater que son état était absolument normal, bien que cinq années se fussent écoulées depuis le commencement de sa maladie et de son unique traitement, que je dois le dire, je ne renouvellai pas, jugeant la chose inutile.

Mes expériences se divisent en cinq groupes formant un total de 32 malades.

Tels sont, Messieurs, les résultats d'une méthode qui vient, peut-on dire, de faire ses premiers pas. C'est à cela que j'ai, pendant plussieurs années consacré une partie de mon temps, dans l'espérance de trouver quelque chose d'utile.

Loin de moi la prétention de vous offrir un travail achevé et décisif. Je le crois au contraire très imparfait, et je ne saurais dire, pour

le moment, si la méthode étudiée par moi aura assez de mérite dans l'avenir pour être jugée digne d'entrer dans la pratique courante de la thérapeutique vénérienne.

Ce que je puis vous affirmer, c'est que, grâce à elle, j'ai pu obtenir la guérison de plusieurs malades atteints de syphilis et qui sont restés sains pendant cinq ans, sans avoir subi d'autre traitement initial que celui que j'ai indiqué.

Je crois que jusq'à ce jour personne n'a obtenu un pareil résultat sans avoir recours au traitament mercuriel classique.

N'est-ce pas la preuve que la méthode ne mérite pas, au moins, d'être laissée à l'abandon?

2.ª SESIÓN

MARTES 19 DE MARZO DE 1907

Presidencia del doctor Wernicke (DE BUENOS AIRES)

SUMARIO:—*Dr. De León*—Moción sobre homenaje á Berthelot.—*Dr. Alois Bachmann*—Estudio sobre la vacuna de Jenner.—*Drs. Alois Bachmann y P. E. de Elizalde*—Los leucocitos y los receptores.—*Dr. Alois Bachmann*—Los leucocitos y la alexina.—*Dr. Gregorio Mendizábal*—Tratamiento de la pneumonía por medio de los fermentos metálicos.—*Dr. Juan Servetti Larraya*—Tratamiento del zona por la corriente continua.—*Dr. Mamerto Acuña*—Valor clínico de las variaciones leucocitarias en los procesos morbosos.—*Dr. Amable Jones*—Histopatología de la célula nerviosa en el tabes dorsalis y el tabo parálisis.—*Dr. João Moniz Barretto de Aragão*—Contribuição para o estudo do mormo no homem.

Moción del doctor de León (DE MONTEVIDEO)

El telégrafo nos anuncia hoy el fallecimiento del sabio Berthelot: hago moción para que en señal de condolencia, nos pongamos de pie, adhiriéndonos de este modo al duelo del mundo intelectual.

(Puesta en consideración esta moción, fué votada y aprobada por aclamación, y todos los presentes se pusieron inmediatamente de pie).

Estudio sobre la vacuna de Jenner

POR EL

Dr. Alois Bachmann (de Buenos Aires)

No habiendo recibido el presente trabajo hasta el momento de imprimirse este pliego, lo insertaremos al fin de este volumen si, como esperamos, lo recibimos de su autor.

Los leucocitos y los receptores

POR LOS DOCTORES

A. Bachmann y P. E. de Elizalde

Profesor suplente. Director del Laboratorio Central del Hospital de Clínicas de Buenos Aires

Jefe de Clínica Pediátrica del Hospital de Clínicas de Buenos Aires

El estudio de los antecuerpos ha dado motivo á gran número de controversias apasionadas, y su presencia en el suero ha sido utilizada como argumento poderoso por los sostenedores de la teoría humoral en la inmunidad, aduciéndose su presencia, en la parte líquida de la sangre, como un argumento evidente y decisivo en contra de la importancia de la fagocitosis.

Con el fin de estudiar la relación que existe entre los antecuerpos y los leucocitos, hemos efectuado una serie de experiencias que son la continuación de las que uno de nosotros efectuó con los receptores de tercer orden. Pudo entonces demostrarse que el amboceptor, cuando se encuentra en pequeñas cantidades, se halla solamente en los leucocitos; que existen casos en los cuales los cuerpos inmunizantes no son cedidos al plasma sanguíneo encontrándose solamente en los micrófagos (inmunidad carbunclosa del chanchito de la India). En otra serie de experiencias se demostró que el exudado peritoneal, provocado por la inyección de una solución de somatosa en chanchitos inmunizados, es diez veces más activa que el suero del mismo animal, y que los leucocitos del chanchito inmunizado son 65 veces más activos que los de animales nuevos; lo que demuestra que los leucocitos polinucleares son el depósito del amboceptor, que es un receptor de tercer orden según la teoría de Ehrlich.

Para los receptores de segundo orden (aglutininas, precipitinas) los estudios anteriores de Achard y Bensaude, de Widal y Sicard y de Courmont, autor. s que trabajaron con aglutininas, hacían suponer que los leucocitos no desempeñaban con ellas un papel importante. Nosotros hemos podido confirmar y ampliar plenamente estos resultados.

Hemos estudiado la precipitina de la albúnima de huevo, las coagulinas de la leche y la aglutinina del bacilo de Eberth.

En el primer caso hemos obtenido sueros activos inmunizando conejos por inyecciones intraperitonales de albúmina de huevo de gallina. El suero de la sangre, el plasma del exudado pleural, provocado por inyección de Aleurona en la cavidad pleural y obtenido por sedimentación en tubos parafinados y el suero del exudado obtenido por coagulación espontánea del producto en estudio, se mostraron activos. Los dos primeros en la cantidad de 0.11 cc. para 1 cc. de albúmina, el tercero 0.13 cc. para la misma cantidad de albúmina. En cambio las células del exudado se mostraron completamente inactivas aun en dosis cuatro veces mayores.

El mismo resultado hemos tenido con chanchitos de la India inmunizados con albúmina de huevo; el suero de la sangre, el plasma y el suero del exudado peritoneal se mostraron activos para 0.1 de albúmina en la cantidad de 0.02, mientras que las células se encontraban completamente desprovistas de actividad.

Con las coagulinas, que hemos obtenido mediante inyecciones de leche de vaca á chanchitos y conejos, los resultados han sido los mismos á los observados con las precipitinas, es decir, que el suero, el plasma, y el suero del exudado peritoneal se han mostrado activos, mientras que las células empleadas en dosis muchísimo mayores que estos elementos eran completamente inactivas.

En el estudio de la aglutinina tífica los hechos observados concuerdan con los resultados anteriores. El suero de chanchito de la India, inmunizado mediante inyecciones peritoneales, el bacilo de Eberth en dosis sucesivamente crecientes suministró un suero que aglutinaba el bacilo de la tifoidea en la proporción de 1 : 1800. El plasma y el suero del exudado peritoneal se mostraron activos en diluciones respectivamente de 1 : 1600 y 1 : 1700, mientras que las células sólo actuaban en la proporción de 1 : 120. Debemos hacer presente que trabajamos en este caso con leucocitos que fueron lavados, de modo que la débil acción que ellos manifiestan debe ser debida á la pequeña cantidad de plasma que les acompañó.

De estas experiencias podemos deducir, con toda seguridad, que los leucocitos no desempeñan un papel activo en la actuación de los receptores de segundo orden, lo que no tiene nada de extraño, pues su constitución les permite funcionar solos gracias al grupo activo ó funcional que poseen.

Para el estudio de los receptores de primer orden hemos recurrido al antilabfermento obtenido inmunizando chanchitos por repetidas inyecciones de fermento lab en el peritoneo. El suero obtenido impedía la acción 0.05 de solución de lab sobre 1 cc. de leche, en la cantidad de 0.05, mientras que son necesarios 0.1 de plasma y exudado completo para conseguir los mismos resultados. Las células se muestran inactivas aún en la proporción de 0.4 cc.

Este resultado está, pues, de acuerdo con los obtenidos con los receptores de segundo orden y podía esperarse ya *á priori* que los receptores de primer orden, merced al grupo haptóforo que los caracteriza, se encuentran en aptitud de funcionar sin intervención extraña alguna, como lo han demostrado las experiencias de Ehrlich con la abrina y antiabrina y las de sus discípulos y colaboradores con las hemolisinas bacterianas.

Un lugar aparte merecen los resultados que hemos obtenido con los pretendidos anticomplementos, estudio que iniciamos con el fin de obtener receptores de primer orden, según las ideas sostenidas por Ehrlich y que nosotros aceptábamos.

Los resultados finales obtenidos son semejantes á los anteriores. El suero de los chanchitos tratados por inyecciones peritoneales de suero de conejo, impedía la hemolisis en un sistema hemolítico en el cual funcionaba como complemento la alexina de conejo, con la cantidad de 0.4, el plasma de exudado se muestra poco más ó menos tan activo como el suero, mientras que las células y el suero de exudado no son activos.

Tenemos en esta experiencia un hecho de apariencia paradojal, pues el plasma del exudado es activo mientras el suero de este mismo no lo es.

El fenómeno se explica fácilmente, pues las células, cualquiera que ellas sean, ya animales ó vegetales, absorben ellas solas grandes cantidades de complemento; así se explica la falta de hemolisis en nuestra experiencia.

En el sistema hemolítico, el complemento era absorbido por las células que acompañaban el suero del exudado, pues es muy difícil privarle por completo de ellas, ni aún por sedimentación, á causa de

la alta densidad del líquido y más que todo por el método empleado para su preparación (congelación y descongelación rápida, que rompe el coágulo y lo mezcla más ó menos íntimamente con el líquido). Si este fenómeno pasa con el suero, lógico es que suceda lo mismo con las células del exudado.

Esta experiencia nos demuestra, sin embargo, un hecho muy interesante: el plasma del exudado no es más activo que el suero.

Después de los trabajos de Gengou, confirmados por Moreschi, Wasermann, Bruck, Sachs y otros, no puede considerarse al producto llamado anticomplemento como un receptor de tercer orden cuya acción consistía en fijarse en el grupo hoptóforo del complemento, pues estos autores han demostrado que la función anticomplementaria de estos sueros es ejercida por el precipitado que se forma en los sueros tratados por su correspondiente antecuerpo.

Este precipitado absorbe el complemento privando al líquido de él é impidiendo la hemolisis de los sistemas hemolíticos empleados en la experimentación. Gengou y otros suponen que se trata de un amboceptor para las substancias albuminoideas; al fijarse sobre ellas entra en función el grupo haptóforo complementófilo y fija el complemento. Esta explicación no ha sido universalmente aceptada.

En experiencias efectuadas con suero antitífico pudimos demostrar que el plasma y el suero del exudado peritoneal eran más activos que el suero de la sangre, es decir que tenían mucha mayor cantidad de amboceptor. En el caso del suero anticomplementario vemos que el plasma es mucho menos activo que el suero; esto nos hace suponer que la acción antecomplementaria no es ejercida por un amboceptor, sino que ella es debida á causas que por hoy no están definidas.

Nuestras experiencias demuestran que en los fenómenos provocados por los receptores de primer y segundo orden los leucocitos no desempeñan un papel activo, diferenciándose en esto claramente de la activa participación que desempeñan durante el funcionamiento de los receptores de tercer orden.

Suponemos que esta diferencia es debida á la presencia en los leucocitos del complemento. Este cuerpo tiene actividad para el amboceptor, mediante su grupo haptóforo que se fija en el grupo complementófilo del receptor de tercer orden; es por esta razón que éste puede estar almacenado como lo demuestran las experiencias de uno de nosotros en el leucocito. Gracias á este mecanismo posee el micrófago elementos completos para desempeñar un papel activo en la lucha con los microorganismos.

ANTICOMPLEMENTO

Chanchito que ha recibido en cuatro meses 30 cc. de suero de conejo. El 4 de octubre de 1905 se le inyecta en la cavidad peritoneal 10 cc. de solución de somatosa. Es sacrificado al día siguiente.

Experiencia

Glóbulos rojos de perro, lavados, suspendidos en solución fisiológica en una proporción equivalente á la de la sangre diluída á 1/10.

Amboceptor hemolítico de chivo para perro.

Complemento de conejo.

Después de algunas experiencias ensayadas á fin de establecer las proporciones numéricas de estos productos, se establece:

Tubo	cm3	Amboceptor	Complemento	Anticomplemento		
I	1 de sang. 1/10	+ 0.05	+ 0.03	+	=	+ + 1
Suero.—II	1 »	+ 0.05	+ 0.03	+ 0.3	=	— +
III	1 »	+ 0.05	+ 0.03	+ 0.4	=	—
Células.—IV	1 »	+ 0.05	+ 0.03	+ 0.3	=	+
V	1 »	+ 0.05	+ 0.03	+ 0.4	=	+
Completo.—VI	1 »	+ 0.05	+ 0.03	+ 0.3	=	+
VII	1 »	+ 0.05	+ 0.03	+ 0.4	=	+
Plasma.—VIII	1 »	+ 0.05	+ 0.03	+ 0.3	=	+ —
IX	1 »	+ 0.05	+ 0.03	+ 0.4	=	—

1 + + hemolisis total; + hemolisis pronunciada; + — débil; — ausencia de hemolisis; — + hemolisis muy débil.

COAGULINAS

Chanchito que ha recibido en dos y medio meses 55 cc. de leche de vaca. El 2 abril 1905 recibe 10 cc. de solución de somatosa en la cavidad peritoneal. Es sacrificado al día siguiente.

Experiencia

Suero de la sangre, plasma de exudado, células del mismo y exudado peritoneal completo. Leche de vaca diluída al 1/10 en suero fisiológico y filtrada.

Tubo	cm3			
Suero.—I	1 de leche	+ 0.01 de suero	=	+ 1
II	1 »	+ 0.03 »	=	+
Plasma.—III	1 »	+ 0.01 plasma	=	+
IV	1 »	+ 0.02 »	=	+
Completo.—V	1 »	+ 0.01 completo	=	+
VI	1 »	+ 0.02 »	=	+
Células.—VII	1 »	+ 0.3 células	=	—
VIII	1 »	+ 0.5 »	=	—

1 + coagulación; — ausencia de coagulación.

ANTILABFERMENTO

Chanchito que recibe en dos meses 5 inyecciones de solución de labfermento al 1 %. El 18 de febrero de 1905, inyección de solución de somatosa en la cavidad peritoneal. Es sacrificado el 15 de febrero de 1906.

Experiencia: 16 de febrero de 1906

Leche de vaca estéril. Solución de labfermento de actividad conocida (0.05 de solución coagula 1 cc. de leche) suero, plasma de exudado, exudado completo y células de exudado del chanchito anterior.

Cantidades mínimas de estos últimos productos capaces de impedir la coagulación de 1 cc. de leche por 0.05 de solución de lab.

Exudado completo.	0.3 cc.
Células	inactivas
Suero.	0.02
Plasma	0.02

Chanchito que ha recibido 5 inyecciones de solución de labfermento en la cavidad peritoneal. El 20 de febrero de 1906 recibe 10 cc. de solución de somatosa en el peritoneo. Es sacrificado al día siguiente. Actividad comparada en las mismas condiciones de la experiencia anterior.

Suero	0.05 impide	la coagulación
Células	inactivas	
Plasma	0.10 impiden	»
Exudado compl.	0.10 »	»

PRECIPITINAS

Conejo número 2, que ha recibido en espacio de 4 meses 14 inyecciones de 10 cc. de albúmina de huevo en la cavidad peritoneal. El 12 de julio de 1905 recibe en la cavidad pleural derecha 10 cc. de solución de aleurona. Es sacrificado al día siguiente. El exudado pleural contiene 60,000 leucocitos por cc.

Experiencia

Suero, exudado pleural completo, células separadas del exudado por rápida centrifugación y sometidas á la congelación y descongelación siguiendo el método de Gengou, plasma del exudado pleural del conejo número 2 y solución al 1/10 de albúmina de huevo en suero fisiológico.

	Tubo	cm3								
Suero	I	1	de soluc. de albúmina		+	0.10 de suero		=	+	1
	II	1	»	»	+	0.05	»	=	—	
	III	1	»	»	+	0.02	»	=	—	
	IV	1	»	»	+	0.01	»	=	—	

1 + precipitación; — no se produce precipitación.

Células	I	1	de soluc. de albúmina		+	0.10 de células	=	—
	II	1	»	»	+	0.05 »	=	—
	III	1	»	»	+	0.02 »	=	—
	IV	1	»	»	+	0.02 »	=	—
Plasma	I	1	»	»	+	0.10 de plasma	=	+
	II	1	»	»	+	0.05 »	=	—
	III	1	»	»	+	0.02 »	=	—
	IV	1	»	»	+	0.01 »	=	—

	I	1	de albúmina al	1/10	+	0.10	=	+
Exudado	II	1	»	»	+	0.05	=	—
Completo	III	1	»	»	+	0.02	=	—
	IV	1	»	»	+	0.01	=	—

Chanchito que ha recibido en 2 meses 6 inyecciones de 3 cc. de albúmina de huevo en la cavidad peritoneal. El 14 de septiembre de 1905 recibe en la cavidad peritoneal 10 cc. de solución de aleurona. Se sacan 15 cc. de líquido peritoneal muy rico en leucocitos.

Experiencia

Solución de albúmina de huevo al 1/10 en suero fisiológico á la que se le añaden suero de la sangre, plasma de exudado, células del exudado sometidas á la congelación y descongelación rápida, suspendidos en suero fisiológico en cantidad equivalente al plasma retirado y exudado peritoneal completo del chanchito anterior.

	Tubo	cm3						
Suero	I	1	de solución de albúmina		+	0.50 de suero	+	+
	II	1	»	»	+	0.10 »	=	+
	III	1	»	»	+	0.05 »	=	+
	IV	1	»	»	+	0.02 »	=	+
	V	1	»	»	+	0.01 »	=	—
Células	I	1	»	»	+	0.10 de células	=	—
	II	1	»	»	+	0.05 »	=	—
	III	1	»	»	+	0.02 »	=	—
	IV	1	»	»	+	1.00 »	=	—
Plasma	I	1	»	»	+	0.10 de plasma	=	+
	II	1	»	»	+	0.05 »	=	+
	III	1	»	»	+	0.02 »	=	+
	IV	1	»	»	+	0.01 »	=	—
Completo	I	1	»	»	+	0.10 completo	=	+
	II	1	»	»	+	0.05 »	=	+
	III	1	»	»	+	0.02 »	=	+
	IV	1	»	»	+	0.01 »	=	—

Los leucocitos y la alexina

POR EL

Dr. Alois Bachmann

Profesor suplente. Director del Laboratorio Central del Hospital de Clínicas de Buenos Aires

El origen de la alexina ha dado lugar á controversias numerosas y á un sinnúmero de experiencias, á pesar de lo cual aun hoy los autores no están de acuerdo en su modo de pensar.

Metchnikoff y sus discípulos, así como la escuela de Buchner sostienen que la alexina es producida por los leucocitos, valiéndose como argumento en favor de su tesis, del estudio de los exudados artificiales, los que se muestran mucho más activos que el suero de la sangre. No todos los experimentadores han obtenido idéntico resultado: entre otros, Moxter sostiene que los exudados no tienen mayor poder bactericida que el suero de la sangre, opinión en la cual es acompañado por Ascher.—Metchnikoff, basado en la experimentación de Gengou y Tarasvich, sostiene que los resultados desacordes de Moxter y Ascher quizá son debidos á que trabajaron con exudados de mononucleares que no son bactericidas, pues lo son solamente los de polinucleares.

Wassermann es igualmente partidario del origen leucocitario de la alexina, por haber podido obtener suero antialéxico por la inyección de leucocitos.

Ascoli y Riva, Donath y Landsteiner, sostienen que la experiencia de Wassermann no prueba nada, pues ellos han obtenido suero de igual acción antialéxica por la inyección de ganglio linfático, leucocitos, hematíes, etc.

Este hecho, en apariencia paradojal, se explica hoy fácilmente, pues ni el suero obtenido por Wassermann ni los estudiados por sus opositores son antialéxicos; á la luz de los estudios de Gengou, Moreschi y otros, debemos interpretarlos como sueros precipitantes de las albúminas inyectadas con los elementos en estudio, precipitados que tienen la propiedad de absorber la alexina.

Estas experiencias no prueban absolutamente nada ni en pro ni en contra del tema en estudio.

Por mi parte he podido demostrar la presencia de substancias bactericidas en los leucocitos, del siguiente modo: obtenía exudados peritoneales por intermedio de inyecciones de somatosa en el chanchito. El exudado era extraído y lo inyectaba en el peritoneo de un chanchito, el cual recibía una inyección mortal para un testigo, de bacilo de Eberth. El chanchito, gracias á los leucocitos inyectados, no moría, como no morían tampoco aquellos á los cuales les inyectaba solamente los leucocitos privados del plasma, para demostrar que no era éste el vector de la alexina, pues los animales inyectados con este producto morían tan pronto y aun antes que los testigos. En la infección carbunclosa del conejillo de Indias he obtenido resultados parecidos, haciendo las inyecciones leucocitarias debajo de la piel é inoculando los animales en el centro del tumor así obtenido.

Nuevas experiencias que he efectuado me confirman más en la opinión que me he formado del origen leucocitario de la alexina.

Me he colocado en las condiciones más severas posibles para demostrar la realidad de la tesis que sostengo, como que he empleado los leucocitos para complementar suero antitífico inyectado á animales en plena infección tífica; mortal para los testigos dentro de las veinticuatro horas de efectuada la inyección.

Infectaba chanchitos por inyección peritoneal de una dosis seguramente mortal del bacilo de Eberth; dos horas después de efectuada la inyección comprobaba la marcha funesta de ésta por la observación del líquido peritoneal, extraído por punción capilar. El líquido demostraba la presencia de una gran cantidad de bacilos libres, móviles, muy poca ó ninguna reacción celular. En este momento hacía la inyección de la mezcla de suero y de leucocitos, mezcla que permanecía durante veinticuatro horas en contacto á 37°. La cantidad inyectada ha sido variable desde 0.006 gramos de suero, cuya dosis menor *preventiva* era de 0.02 gramos más 100:000,000 de leucocitos, hasta 0 02 gramos de suero más 200:000,000 de polinucleares. Poco tiempo después de efectuada la inyección se nota una diferencia notable entre el cuadro observado en el líquido peritoneal del animal testigo y en el del tratado. Mientras que en el primero la infección sigue su curso, lo que se manifiesta por el aumento enorme de los microorganismos y la escasa ó nula reacción celular, en el segundo el número de bacilos no aumenta, muy al contrario disminuye, encontrándose muchos en degeneración y transformación granular. El número de leucocitos aumenta rápidamente, así como la fagocitosis. En

los casos de curación, cuatro ó cinco horas después de la inyección, no se ven ya microorganismos.

Cuando la inyección de suero y leucocitos es menor que la señalada (0.005 gramos de suero más 50 millones de leucocitos y 0 0025 gramos de suero más 25 millones de glóbulos blancos), los animales mueren con muchas horas de retardo sobre la muerte del testigo; se nota también en estos casos la diferencia de la marcha de la infección en la observación del líquido peritoneal.

En los testigos la multiplicación de los microorganismos avanza rápidamente, mientras que en los tratados disminuye notablemente, para casi desaparecer en los que reciben las dosis cercanas de las curativas. En éstos, el número de leucocitos aumenta notablemente en el peritoneo, así como la fagocitosis, y suelen morir con muy pequeña cantidad de bacilos. Mueren intoxicados por los productos eliminados durante el proceso peritoneal, antes de dar tiempo para que la eliminación bacteriana de la cavidad peritoneal sea completa.

En los chanchitos inyectados con dosis muy pequeñas se nota un hecho bastante importante, y es la presencia conjunta de gran cantidad de microorganismos con muchísimos leucocitos, con fagocitosis muy escasa.

Este hecho debe ser debido á la gemotaxis negativa ejercida por microorganismos que pululan en la cavidad peritoneal; se hacen relativamente inmunes para el medio nocivo que les rodea.

Estas experiencias prueban, á mi modo de ver, de un modo irrefutable, la presencia de elementos que complementan la acción del suero en los leucocitos. Como los cuerpos que complementan la acción de los sueros bactericidas son las alexinas, llamadas complemento por Ehrlich, es lógico suponer que en los casos que cito, el complemento que ha hecho eficaz la acción del suero ha sido cedido á éste por los leucocitos.

DOCUMENTACIÓN

Experiencia número 1

Chanchito número 1; 280 gramos — — 2; 280 —	Ambos son infectados á las 9 a. m., del 23 diciembre 1905, con un asa de cultivo del bacilo de Eberth, en agar de 24 horas de edad; inyectada en el peritoneo.

A las 11 a. m. se examina el líquido peritoneal en los dos chanchitos encontrándose en el exudado, tanto del uno como del otro, gran cantidad de microorganismos aislados, bien mó-

viles, no hay reacción celular. Después de efectuada esta comprobación se le inyecta al número 1 una mezcla de 0.02 gramos de suero antitífico más 200 millones de leucocitos, mezcla que ha permanecido 24 horas en contacto.

Al día siguiente 24, el número 2 amanece muerto, el número 1 está repuesto.

Experiencia número 2

Chanchito número 1; 300 gramos — — 2 —	A las 2.30 p. m. del 24 diciembre 1905, son infectados ambos por inyección peritoneal de un asa en cultivo en agar de 24 horas de edad del bacilo de Eberth.

A las 4.30 p. m. se examina el exudado peritoneal de los dos chanchitos, encontrándose en el líquido extraído del peritoneo del número 1 bastantes bacilos, libres y móviles y muy pocos leucocitos; en el número 2 se encuentra un cuadro semejante, existiendo en él mayor cantidad de glóbulos blancos. Efectuado este examen se le inocula al número 1, 0.007 gramos de suero antitífico más 100 millones de leucocitos, que han permanecido en contacto 24 horas.

A las 9 p. m. vuelvo á extraer exudado peritoneal, constatando que en el número 1 se encuentran gran cantidad de leucocitos, no se ven bacilos; en el líquido peritoneal del número 2 hay bastantes leucocitos, los más reunidos en pequeños grupos y gran cantidad de microorganismos bien móviles y aislados, también se ven algunos glóbulos rojos.

El número 2 muere á las 9.30 a. m. del 25, el número 1 se repone y sigue bien.

Experiencia número 3

Chanchito número 1; 300 gramos — — 2 — — — 3 — — — 4 —	Los cuatro chanchitos son inoculados en el peritoneo con 2 asas de cultivo en agar, de 24 horas de edad, del bacilo de Eberth, á las 3 p. m. del 26 diciembre de 1905.

A las 5 p. m. se les extrae á todos exudado peritoneal, constatándose en todos ellos la presencia de gran cantidad de bacilos y muy poca reacción celular. Después de efectuado este examen se le inyecta al número 2, 0.005 gramos de suero antitífico más 50 millones de leucocitos, al número 3, 0.0025 de suero antitífico más 25 millones de leucocitos, y al número 4, 0.02 del mismo suero más 300 millones de leucocitos. El número 1 queda como testigo.

8.30 p. m. Se le extrae líquido peritoneal al número 1; se constata la presencia de muchos bacilos, bastantes leucocitos, cuadros semejantes se observan en el exudado de los números 2 y 3. En el líquido peritoneal del número 4 se ven gran cantidad de leucocitos aislados y en grupos, y pocos bacilos

9.30 p. m. El número 1 tiene el vientre dolorido y meteorismo; en el líquido peritoneal se observan mayor cantidad de bacilos que en el examen anterior; en el número 2 la cantidad de leucocitos ha aumentado, no así los bacilos; en el número 3 se encuentra un cuadro semejante al observado en el número 2; en el número 4 han aumentado los leucocitos y la fagocitosis, han disminuído los bacilos libres.

27 de diciembre de 1905. El número 1 está muy enfermo, los números 2 y 3 están mejor que la noche anterior, el número 4 bien.

En el examen del líquido peritoneal del número 1, efectuado á las 9 30 a. m., que es muy turbio y denso, se constata la presencia de gran cantidad de bacilos aislados y móviles, muchos leucocitos, fagocitosis acentuada y bastante glóbulos rojos.

En el número 2, el líquido peritoneal es denso, turbio, se ve una enorme cantidad de leucocitos, pocos hematíes, muchos bacilos, menos que en el número 1, fagocitosis activísima.

El número 3 presenta el siguiente cuadro: líquido peritoneal turbio, sumamente denso, enorme cantidad de leucocitos, más que en el número 2, pocos hematíes, muchos bacilos, fagocitosis activísima.

En el número 4 el líquido peritoneal es muy denso, turbio, se encuentra enorme cantidad de leucocitos, pocos hematíes, muy raros bacilos, muy poca fagocitosis.

3 p. m. El número 1 muere en este momento. Se le extrae exudado peritoneal al número 2, constatándose la presencia de gran cantidad de leucocitos, los que se encuentran aislados ó formando pequeños grupos, pocos hematíes, gran cantidad de bacilos, fagocitosis pronunciada

En el número 3 el cuadro observado es el siguiente: líquido denso, turbio, gran cantidad de leucocitos, casi todos aislados, regular cantidad de bacilos, mucho menos que en el chanchito número 2, fagocitosis sumamente pronunciada.

En el líquido del número 4 no se ven microorganismos, hay una enorme cantidad de leucocitos, encontrándose algunos macrófagos que engloban á los glóbulos blancos.

8.30 p. m. En el exudado peritoneal del número 2, que se presenta como líquido muy denso con grumos, se obtiene gran cantidad de leucocitos más que en el examen anterior, los bacilos no han aumentado aparentemente, bastante hematíes, fagocitosis muy activa. El líquido peritoneal del número 3 es homogéneo, muy turbio y denso, gran cantidad de leucocitos, pocos bacilos, fagocitosis acentuada, algunos macrófagos.

28 de diciembre de 1905, 8.30 a m. El número 2 está moribundo, el 3 repuesto, el 4 sigue bien.

El líquido peritoneal del número 3 es muy denso y turbio, se encuentra en él una enorme cantidad de micrófagos, muy pocos bacilos libres, muchos fagocitados.

El número 2 muere á las 11 a. m., 20 horas después que el testigo; en el exudado peritoneal se encuentran pocos bacilos, muchísimos leucocitos, y fagocitosis muy desarrollada.

3 p. m. En el líquido peritoneal del número 3, no se ven microorganismos libres, algunos fagocitados, gran cantidad de leucocitos.

29 de diciembre de 1905. El número 3 amanece muerto. En la cavidad peritoneal hay gran formación de falsas membranas, muy pequeña cantidad de líquido en el cual hay rarísimos bacilos y muchos micrófagos.

Experiencia número 4.—29 de diciembre de 1905, 9 a. m.

Chanchito número 1; 280 gramos	}	Se les inocula en el peritoneo con 2 asas de cultivo en agar, de 24 horas de edad, del bacilo de Eberth.
— — 2 —		
— — 3 —		

11 a. m. En el líquido peritoneal de los tres se constató la presencia de muchos bacilos, algunos hematíes y pocos leucocitos. Después de efectuado este examen se le inyecta al número 1, en el peritoneo, una mezcla de 0.01 gramo de suero antitífico más 100 millones de leucocitos que han permanecido 16 horas en contacto; el número 2 recibe una mezcla de 0.002 del mismo suero y 20 millones de micrófagos que han permanecido en las mismas condiciones que los anteriores. El número 3 queda como testigo.

2.30 p. m. El número 3 está muy enfermo, tiene el vientre tenso, dolorido; el líquido peritoneal es turbio y poco denso, contiene muchos leucocitos, muchísimos bacilos libres y móviles, bastantes hematíes, la fagocitosis es muy escasa.

El número 1 también tiene el vientre tenso y dolorido, el líquido peritoneal es claro, se encuentra en él bastantes leucocitos, los más reunidos en pequeños grupos, muchísimos bacilos, muchos de ellos formando pequeñas aglutinaciones, fagocitosis iniciada.

4.30 p. m. El líquido peritoneal del número 3 es opalino, poco denso, se encuentra en él gran cantidad de bacilos, bastantes hematíes, regular cantidad de leucocitos, fagocitosis débil.

El cuadro observado en el número 2 es el siguiente: líquido fluido claro, muchísimos bacilos libres y móviles, muchos hematíes, pocos leucocitos, fagocitosis iniciada.

El exudado peritoneal del número 1 es opaco, denso, no se ven microorganismos, hay gran cantidad de leucocitos.

8.30 p. m. El líquido peritoneal del número 3 es fluido, claro, se ven en él una enorme cantidad de bacilos, pocos leucocitos, los más fagolisis. El exudado del número 2 es opalino, poco denso, se ven en él gran cantidad de bacilos, algunos leucocitos reunidos en grupos, alrededor de los cuales hay agrupaciones de bacilos.

En el líquido peritoneal del número 1 se constata la presencia de gran cantidad de leucocitos y de uno que otro bacilo.

30 de diciembre de 1905. Los números 2 y 3 amanecen muertos, el número 1 bien, se salva definitivamente.

El tratamiento de la pneumonía por medio de los fermentos metálicos

POR EL

Dr. Gregorio Mendizábal (DE MÉJICO)

Hace dos años se publicó un pequeño folleto intitulado «Acción de los fermentos metálicos sobre los elementos figurados de la sangre», escrito por Weil y Robin, describiendo minuciosamente las modificaciones que estos elementos figurados sufren bajo la acción de los fermentos metálicos, particularmente con la solución electrolítica del oro.

Esta solución administrada por la vía hipodérmica, determina, nos dicen estos autores, una leucolisis que comienza una ó dos horas después de practicada la inyección y que dura cuando más veinticuatro horas. En el individuo sano es muy ligera la acción, pero es notable en las infecciones que acarrean la leucocitosis.

Después de la leucolisis viene una leucocitosis poco marcada cuantitativamente, ó se restablece solamente el equilibrio anterior á la inyección.

La destrucción se hace á expensas de los polinucleares neutrófilos y accesoriamente de los linfocitos; después éstos reaparecen. Los glóbulos rojos no parecen sufrir influencia alguna.

Ya antes Bize había demostrado que las inyecciones de los sueros antidiftérico y antiestreptocóccico producen una disminución rápida de los leucocitos, seguida de una hiperleucocitosis que no alcanza sin embargo el nivel primitivo.

Estudiando Weil, por indicación de Robin, la influencia de los fermentos metálicos sobre la producción de la urea, el coeficiente de utilización azoada y del ácido úrico, se encontró con un aumento sensible de todos estos elementos durante veinticuatro horas después de verificada la inyección y á veces durante varios días.

Para relacionar ambos fenómenos invocaron la doctrina de Horbackzewski, que hace derivar el ácido úrico de las nucleínas, puestas en libertad á causa de la destrucción de los glóbulos blancos.

Para este autor existe una relación de dependencia entre la formación de ácido úrico y la destrucción de los glóbulos blancos tanto mononucleares como polinucleares.

Hay sus excepciones: ciertas substancias como la pilocarpina, la atropina, la digital y el salicilato de sosa provocan leucolisis y no aumentan el ácido úrico.

En un caso de cáncer estomacal, los fermentos metálicos determinaron también leucolisis sin aumento del ácido úrico, de donde puede deducirse que la hiperproducción del ácido úrico no está bajo la dependencia únicamente de la destrucción inmediata y absoluta de los leucocitos y que otros tejidos pueden servirles de origen, de acuerdo con los órganos hematopoyéticos, y en cuanto al caso del cáncer estor macal, los señores Weil y Robin explican la excepción, en el hecho de que los leucocitos en los cancerosos encierran pocas diastasas. Ellos creen, en resumen, poder deducir de sus experiencias, y explicar los efectos que en lo general producen los fermentos, en que siendo los leucocitos vectores de estos fermentos, los dejan en libertad en virtud de la leucolisis y van á obrar como hidratantes y óxidoreductores, determinando la formación de urea y de ácido úrico.

Con estos antecedentes y con el estudio de los cambios orgánicos durante el proceso pneumónico, Robin encontró indicado el uso de los fermentos.

Robin ya había encontrado, en efecto, que durante el período de la pneumonía y á veces muy á principios de este período, se hace frecuentemente una descarga de urea ó de ácido úrico que anuncia la crisis favorable, y son á veces tan exageradas que no me ha sido raro encontrar cuarenta gramos de urea y más de un gramo de ácido úrico en la cantidad emitida durante veinticuatro horas.

Que en las pneumonías hipertóxicas que terminan fatalmente, el coeficiente de utilización azoado es muy bajo y desciende por término medio entre 68 y 73 por ciento. Que las crisis pneumónicas favorables coinciden siempre con una exageración de los actos químicos hidratantes y óxidoreductores, y que esta exageración indica y revela la energía que el organismo emplea en su defensa y que parece ser una de las condiciones esenciales de la crisis curativa.

Cree Robin que la crisis pneumónica espontánea, tiene por condición inmediata sino por causa, no actos de oxidación directa sino de hidratación oxireductora que demuestran el modo racional de defensa del organismo ante la agresión pneumocóccica y que reconocen como agentes esenciales, las diastasas puestas en libertad por la intensa destrucción leucocitaria que se produce á la vez. Caída de la temperatura, descargas de urea, crecimiento del coeficiente de utilización azoada, son á su juicio los fenómenos que caracterizan estos actos íntimos de cambios generales.

Si se conocen los actos químicos correlativos de la crisis natural y poseemos agentes capaces de despertar é impulsar estos actos; si así se defiende el organismo y así obran los fermentos, natural, lógico fué pensar en el tratamiento de la pneumonía por este medio, apartándose de las ideas de la terapéutica clásica, cuyo objeto esencial es combatir la enfermedad, y procurando más bien favorecer la aptitud natural del organismo á defenderse y á curarse, volviendo así á la antigua terapéutica naturista: á la concepción hipocrática.

Hace cinco años que Robin ensaya este tratamiento y siempre con éxito; lo ha encontrado siempre innocuo. Conocíamos los casos clínicos que refiere y que son ya muchos.

La idea aparecía tentadora, y careciendo, como carecemos, de un tratamiento etiológico ó patogénico de la pneumonía y reducidos á la expectación, natural era pensar en hacer algo, máxime cuando este algo trae la sanción de un terapeuta de la talla de Robin.

Debido á la bondad de este señor profesor y á la amabilidad del jefe de su laboratorio el doctor Burnigo, pude ver la manera facilísima de preparar las soluciones electrolíticas de distintos metales como el oro, el paladio, la plata, el platino, el cobre, etc., etc. Para Robin todos estos metales obran del mismo modo y tienen idéntica acción y pude también comprobar en la clínica la verdad absoluta de las aserciones de Robin sobre la materia.

La inyección hipodérmica de estos fermentos produce siempre una elevación térmica que comienza una hora después de introducidas en

el organismo, que crece durante seis ú ocho horas y llega á su máximum de las seis á las diez horas; este máximum oscila entre algunos décimos y grado y medio y es seguido de una defervescencia que llega siempre abajo de la temperatura que había en el momento de la inyección. Cuando la inyección se practica muy á los principios de la enfermedad, el abatimiento térmico es menos regular y no persiste. La defervescencia se hace antes del octavo día y por lo común es muy brusca.

El pulso y la respiración siguen la marcha de la temperatura y aumenta la tensión arterial. En un enfermo del Hospital Beaujon, en quien la tensión arterial marcaba nueve en el aparato de Verdin, al día siguiente de una inyección de paladio marcaba diez, y después de una nueva inyección marcaba once y medio, y este signo, como sabemos, es siempre de pronóstico favorable, porque en los casos de fatal desenlace siempre se abate. La tensión capilar medida con el tonómetro de Gaertner sufre la misma modificación.

Siempre vi sobrevenir después de la inyección de los fermentos metálicos la reacción urinaria caracterizada por el aumento del ácido úrico, del indoxilo y el precipitado característico del nitrato de urea. La albuminuria, frecuente, como sabemos, en la pulmonía, la vi aumentar á veces después de la inyección del fermento, pero desaparecía rápidamente dos ó tres días después.

El doctor Robin acusa en su estadística un 11 % de mortalidad, con este tratamiento, cifra la más débil que él ha encontrado y la considera tanto más débil cuanto que en 53 casos con 47 curaciones, hubo 26 que califica de gravísimos, ya por tratarse de alcohólicos, ó por haber sido tratados en el Hospital, donde los enfermos están lamentablemente hacinados—lo cual me consta—ya por ser la mayor parte de estos enfermos, internados en el Hospital en un período bastante avanzado de la enfermedad.

Cree el doctor Robin que los fermentos metálicos no tienen acción ninguna sobre el proceso pneumónico sinó sólo sobre la fiebre, y que obran estimulando las reacciones de defensa del organismo contra la intoxicación y sus productos, activando la evolución hidratante óxido-reductora que los transforma, los solubiliza y los hace menos dañosos; pero teniendo en cuenta los elementos múltiples que pueden hacer grave una pneumonía, no le parece que deban constituir un tratamiento exclusivo y único. Cuando se presentan complicaciones debidas al terreno mismo ó á la lesión de un órgano predominante como el hígado ó el corazón, v. g., lo vi llenar siempre con la terapéutica conocida la

indicación particular, y comunmente él los administra como auxiliares del tratamiento conocido.

No teniendo, repito, un tratamiento etiológico ó patogénico de la pneumonía; habiendo fracasado el suero antineumocóccico que nos hizo concebir tantas esperanzas, yo me propongo ensayar este nuevo método al volver á mi país, donde tenemos oportunidad de ensayarlo en gran escala, y publicaré en alguno de los órganos de nuestras sociedades médicas el resultado que obtenga.

No me parece que el asunto carezca de interés, y espero que si mis ilustrados colegas lo encuentran racional y lo ensayan, se servirán comunicarme sus resultados.

Tratamiento del zona por la corriente continua

POR EL

Doctor J. Servetti Larraya (de Montevideo)

En el año próximo pasado he tenido dos casos de zona, que traté por la galvanización, con excelente resultado, pudiendo comprobar á la vez su eficacia, aplicada desde el comienzo de la erupción de herpes zóster, y, recientemente, mi distinguido colega el doctor de León, me ha facilitado la historia clínica de un caso que ha tratado igualmente por la galvanización—después de haber evolucionado normalmente las vesículo-pústulas—y también con verdadero éxito.

CASO DEL DOCTOR DE LEÓN

ZONA LUMBO-ADDOMINAL

Mujer de 60 años de edad, anteriormente sana, fué acometida bruscamente de malestar general, saburra gástrica, pérdida del apetito y dolor continuo con exacerbaciones intermitentes, en la parte derecha de la región lumbar, que fué considerado como un cólico nefrítico. Una erupción de herpes zóster, en forma de cinturón casi horizontal en la región abdominal inferior, y algunas vesículas en la parte súpero-externa del muslo, aclararon el diagnóstico: zona lumbo-abdo-

minal y femoral unilateral derecho de los dos últimos nervios intercostales y del primer lumbar.

Las vesículo-pústulas evolucionaron normalmente, pero la neuralgia no cedió á pesar del uso interno y externo de los analgésicos habituales. El dolor, más localizado después del duodécimo día en la región abdominal inferior y especialmente en el borde externo del recto anterior, en forma de quemadura, á veces de mordedura, se exacerbaba durante la noche, privando á la enferma del sueño, lo que obligó el uso de los hipnóticos.

En el décimoquinto día se recurrió á la galvanización de la región dolorida: una placa de cincuenta centímetros cuadrados, unida al positivo, aplicada en el lado derecho de las dos últimas vértebras dorsales y de la primera lumbar, y otra de veinticinco centímetros cuadrados, unida al negativo, sobre la región abdominal inferior, al nivel del borde interno del recto mayor en la primera mitad de la sesión, y en la otra mitad, sobre el borde externo del mismo músculo, con una intensidad de diez miliamperios, y veinte minutos de duración.

Desde la primera noche, la enferma acusó notable mejoría, mejoría que se acentuó en los días siguientes, con ligeras oscilaciones, hasta desaparecer el dolor completamente al llegar á las veinte aplicaciones.

PRIMER CASO DEL DOCTOR SERVETTI LARRAYA

ZONA TORÁCICO-UNILATERAL DERECHO DEL 3.° Y 4.° NERVIOS INTERCOSTALES

Hombre de 56 años de edad, que hace poco dejó las tareas del campo, para dedicarse al descanso; nervioso, siempre fué sano—según su expresión—y del que, fuera del frío, fué imposible obtener una etiología bien marcada, fué atacado de un dolor agudo, espontáneo, localizado al nivel del 3.° y 4.° espacios intercostales del lado derecho, con exacerbaciones extremadamente violentas por la noche, y en las inspiraciones fuertes. Al tercer día le aparecieron en el sitio del dolor unas manchas rosáceas, sobre las que brotaron unas vesículas que parecían de agua, las que siguieron en su aparición hasta el día que se presentó en mi consultorio (5.° de enfermedad).

Examinando la región del dolor, comprobé que la piel era asiento de una erupción de herpes zóster, en forma de cinturón casi horizontal y ocupando el 3.° y 4.° espacios intercostales del lado derecho, las vesículo-pústulas eran poco abundantes; pero, en cambio, el dolor

era muy agudo, de forma lancinante, acusaba á la vez, malestar general, con lengua saburral y pérdida del apetito: zona torácico, unilateral derecho, del 3.° y 4 ° nervios intercostales.

Como el dolor no había cedido al uso de los analgésicos, le prescribí las pincelaciones de salicilato de metilo, varias veces al día—que tanto aconseja el doctor Chambard-Hénon, de Lyon—sin haber obtenido resultado. A las 10 p. m. del mismo día y en vista de la continuación del dolor, hice aplicar en mi presencia varias ventosas secas, siguiendo la técnica del doctor Leab de Nueva York. Después de haber determinado los nervios y las raíces afectadas, tomando por guía el asiento de la erupción y los fenómenos sensitivos, una primera serie de ventosas inmediatamente hacia afuera de las apófisis espinosas correspondientes, y en seguida una segunda serie á lo largo de los trayectos de los nervios enfermos, dejándolas producir el efecto máximo; y todo esto sin resultado, ni siquiera parcial, pues la crisis dolorosa aumentaba.

Al día siguiente recurrí á la galvanización de la región enferma. Doce sesiones, á razón de una por día, recubriendo las vesículo-pústulas con una placa unida al electrodo negativo, mientras otra unida al positivo estaba fija en la emergencia de los pares raquídeos correspondientes, produjeron, con una corriente progresiva elevada de 10 á 20 miliamperios, una sedación marcada de los fenómenos dolorosos, por algunas horas primero, medio día después, y, por último, un día. En fin, á los cinco días, regresión rápida de los elementos vesiculosos, y á los doce días curación total.

SEGUNDO CASO DEL DOCTOR SERVETTI LARRAYA

ZONA PECTO-BRAQUIAL, UNILATERAL IZQUIERDO DE LOS 2.°, 3.° Y 4.° NERVIOS INTERCOSTALES Y DEL BRAQUIAL CUTÁNEO INTERNO

Mujer de 48 años de edad, sin más antecedentes etiológicos que una neuralgia facial, acusa después de una viva emoción, un dolor agudo, espontáneo, al nivel de los 2.°, 3.° y 4.° espacios intercostales del lado izquierdo, con extensión en el territorio del braquial cutáneo interno del mismo lado; dolor que aumentando en las fuertes inspiraciones, se exacerbaba poco á poco, llegando á ser intolerable, principalmente durante la noche; al cuarto día le aparece un eritema, que empieza al nivel de los perforantes posteriores, extendiéndose después, hasta el punto de formar un cinturón torácico, que ocupa los espacios intercostales antedichos, con irradiación á la cara interna del brazo,

hasta el pliegue del codo, y sobre el que brotaron unas vesículas transparentes.

Examinada en mi consultorio, donde concurrió á los seis días del comienzo del mal, y después que me suministró los datos que anteceden, pude constatar, en la parte asiento del dolor, una erupción de herpes zóster, en forma de cinturón, en el lado izquierdo del tórax, al nivel de los 2.º, 3.º y 4.º espacios intercostales, y que se propaga á la cara interna del brazo del mismo lado; siente á la vez, malestar general, poco apetito; lenga saburral y estreñimiento: zona pecto-braquial, unilateral izquierdo, de los 2.º, 3.º y 4.º nervios intercostales y del braquial cutáneo interno.

En vista del resultado obtenido en el caso anterior—tratado dos meses antes—me decido á empezar la galvanización; la enferma experimenta la cesación inmediata del dolor, y se encuentra calmada durante ocho horas. Esta mejoría se acentuó progresivamente todos los días, desaparecen las vesículo-pústulas á los seis días, y á los catorce, está completamente curada. La sesión se dividía en dos partes, de 15 minutos de duración cada una, y con una intensidad progresiva de 10 á 20 miliamperios.

En la primera parte, una placa de 10 centímetros de largo por 6 de ancho, unida al positivo, se aplicaba en el lado izquierdo de las vértebras cervicales y primera dorsal, y otra de menor tamaño, unida al negativo, sobre las vesículas de la región interna inferior del brazo.

En la segunda parte, la placa unida al electrodo negativo, cubría las vesículopústulas de la región pectoral izquierda, mientras la otra unida al positivo, estaba fija en la emergencia de los pares raquídeos correspondientes.

Creo que hay motivo suficiente para detenerse un momento respecto al resultado obtenido por la galvanización, en una enfermedad tan mortificante como rebelde.

En ambos casos, se había ensayado—antes de solicitar mi asistencia—la medicación habitual, que yo amplié en el primer caso, sin resultado; medicación que, por lo demás, corresponde á una expectación disfrazada, y me pregunto: ¿Qué es lo que hubiera podido intentar, fuera de la galvanización, que tan bien me ha servido?

La galvanización, sin ayuda de ninguna otra terapéutica, y de un modo innegable, ha producido una sedación marcada del elemento dolor, al mismo tiempo que ayudaba á la desaparición de la erupción, efecto tan evidente, que seguía inmediatamente de la sesión, con una

duración creciente, progresiva hasta cesación completa, y sin dejar vestigio neurítico ni trastorno trófico alguno.

La atenuación y la desaparición de la erupción y del dolor, á la vez que fué rápida y completa, en los días que se indican, lo fué también definitiva y no recidivó, pues hasta hace pocos días tuve noticias de ambos enfermos. Lo que me inducirá en lo sucesivo á utilizar la galvanización—en todos los casos que se me presenten—desde el comienzo de la erupción.

El caso del doctor De León, demuestra también los beneficios obtenidos por la corriente continua, en la neuralgia del zona, y cualquiera de nosotros sabe, que sus dolores tienen una tenacidad desesperante, principalmente en los nerviosos y los viejos.

Valor clínico de las variaciones leucocitarias en los procesos morbosos

POR EL

Dr. Mamerto Acuña (de Buenos Aires)

Médico del Hospital San Roque

En estos últimos años se ha estudiado con verdadero ahinco y en sus menores detalles las variaciones que experimentan los glóbulos blancos en los diversos estados patológicos, habiéndose llegado á establecer nociones fundamentales que pueden considerarse como definitivamente adquiridas.

Hemos tenido oportunidad de estudiar metódicamente estas variaciones leucocitarias en numerosos procesos morbosos, creyéndonos autorizados á formular algunas conclusiones de carácter general que nos permitimos someter á la consideración de este Congreso.

El examen de sangre debe adquirir derechos de ciudadanía en todas las clínicas, debiendo ser objeto de investigación corriente, á igual título que el examen de la orina, de los esputos, etc.

Un examen de sangre, para que tenga valor real, será completo; es decir, que deberá tener en cuenta los distintos caracteres de los glóbulos rojos, de los glóbulos blancos, de la hemoglobina. El estudio

más complejo del plasma, de la resistencia globular, de la crioscopía, etc., es más bien del resorte del laboratorio que de la clínica.

Estos exámenes, para que en la práctica presten todos sus beneficios, deben ser interpretados teniendo en cuenta el enfermo, el reactivo individual más bien que la enfermedad; deben ser hechos con criterio esencialmente clínico.

Se tiende actualmente á considerar como de mayor importancia práctica el estudio de los leucocitos, acordando á sus variaciones cualitativas y cuantitativas, así como á la determinación de la fórmula leucocitaria, una utilidad mayor en la determinación diagnóstica y pronóstica de los procesos morbosos en general. Esta mayor importancia que atribuímos al estudio de los leucocitos, deriva de las nociones fundamentales que hoy poseemos sobre el rol de los glóbulos blancos en la defensa del organismo.

Estas reacciones leucocitarias varían con la naturaleza y virulencia del germen, así como con los medios de defensa de que el organismo dispone.

Estas reacciones leucocitarias tienen el valor de un síntoma que puede ser preciosamente explotado en beneficio del enfermo, y si por sí solos no son suficientes para caracterizar una enfermedad, permiten en cambio orientar el diagnóstico hacia un grupo de afecciones que el criterio clínico se encarga de individualizar. Bien interpretado, su valor semiológico es grande, pero claro está que no hay que exigirle como síntoma más de lo que un síntoma puede dar.

Para que el estudio de las reacciones leucocitarias tenga valor práctico indiscutible, es necesario determinar con toda prolijidad las variaciones cualitativas y cuantitativas de los glóbulos blancos, así como es urgente establecer la curva leucocitaria para cada enfermedad, practicando exámenes repetidos y frecuentes.

Un examen aislado no tiene, no puede tener más importancia que la que suministra una sola oscilación térmica tomada al azar en un momento cualquiera del día. Multiplicar los exámenes es, pues, rodearse de todas las garantías, es establecer el ciclo de la enfermedad, es medir los accidentes de la lucha y de la defensa por las variaciones en número y en calidad de los combatientes; es, finalmente, poder determinar en ciertas condiciones el momento más oportuno de venir en ayuda del organismo para sostenerlo en la lucha.

Pretender sacar de un único examen indicaciones precisas aplicables al estudio de los procesos morbosos, es desconocer en detrimento del enfermo las nociones elementales de la fagocitosis, de la defensa

orgánica; es elevar á la categoría de hecho definitivo lo que sólo puede ser un accidente transitorio, sujeto á las contingencias del momento; es desvirtuar un síntoma que, bien manejado, puede ser precioso por sus indicaciones prácticas.

Las variaciones leucocitarias pueden reducirse á unas cuantas fórmulas generales llamadas fórmulas hemoleucocitarias; no hay que creer, sin embargo, que cada afección tenga su fórmula particular; no: sólo existen grupos de estados morbosos que reaccionan determinando curvas leucocitarias idénticas.

Estudiando así, con criterio severo á la vez que amplio y práctico, el valor semiológico de las reacciones leucocitarias, pueden ser utilizados con provecho en el diagnóstico, en el pronóstico, en el tratamiento de los procesos morbosos.

Valor diagnóstico de la fórmula leucocitaria.—El estudio de la fórmula hemoleucocitaria permitirá separar inmediatamente las afecciones á hiperleucocitosis de las que se acompañan de escasa reacción leucocitaria, así como de los estados leucémicos. Existen, en efecto, grupos de afecciones con fórmulas leucocitarias bien definidas; algunos de estos grupos se acompañan de aumento de polinucleares, otros de mononucleares, en otros son los eosinófilos los que predominan. Se comprende la importancia semiológica de la determinación de la curva leucocitaria en afecciones clínicamente vecinas, pero que ocupan por su reacción hematológica grupos opuestos. Aún entre afecciones del mismo grupo, la individualización es á veces posible por el estudio prolijo de la curva leucocitaria, pero en estos casos es sobre todo el criterio clínico el que establece el diagnóstico diferencial.

La leucocitosis polinuclear es la fórmula leucocitaria más generalmente observada en la práctica, aquella que caracteriza las afecciones é inflamaciones agudas, las supuraciones calientes de los parénquimas y de las serosas; en una palabra, las infecciones producidas por gérmenes saprofitos que se acompañan de diapedesis intensa á la vez que de abundante exudación de fibrina (pneumonía, afecciones broncopulmonares, supuraciones en general, erisipela, escarlatina, difteria, reumatismo infeccioso, etc.).

La leucocitosis polinuclear es más intensa, más elevada en las afecciones francamente supuradas (apendicitis, pleuresías) que en los estados puramente exudativos (reumatismo, blenorragia).

Para el diagnóstico de las supuraciones, debe considerarse la leucocitosis como un síntoma más sensible y más fiel que el estudio del pulso y de la temperatura; hacen excepción á esta regla los focos enquistados á líquido estéril.

Como se ve, la hiperleucocitosis permitirá orientar el diagnóstico hacia un grupo de afecciones morbosas, eliminando otras, y en ocasiones constituirá el único síntoma positivo para despistar una supuración oculta; ella permitirá separar la pneumonía adinámica de la grippe, de la fiebre tifoidea á forma pulmonar; la pleuresía purulenta, de los derrames serosos; la meningitis cerebroespinal, de la meningitis tuberculosa; la escarlatina, de las erupciones escarlatiniformes y morbiliformes; la apendicitis aguda de la apendicalgia, de la seudo-apendicitis histérica, de las falsas apendicitis. Aún más, el estudio atento de la curva leucocitaria permitirá en ocasiones especiales separar afecciones vecinas del mismo grupo, como la pneumonía de la broncopneumonía seudolobar, éstas de la esplenoneumonía. Como hemos dicho, el criterio clínico debe primar en este diagnóstico diferencial.

En las enfermedades á hiperleucocitosis, la evolución de la curva leucocitaria es paralela á la curva general de la enfermedad.

La leucocitosis desciende por crisis en las afecciones cíclicas como la pneumonía, y por lisis en aquellas cuya convalecencia es lenta y gradual.

En estos estados, el equilibrio fisiológico no se restablece sino después de una serie de oscilaciones de sus diversos componentes.

La *leucocitosis mononuclear* es la característica de un grupo de afecciones bien definidas, como la coqueluche, la parotiditis, la rubeola, la viruela, etc.

Puede decirse que el valor semiológico de la mononucleosis es menos importante que el de la polinucleosis, porque su curva leucocitaria es irregular, y porque tratándose de enfermedades específicas, esta misma especificidad lleva variantes á la curva leucocitaria; finalmente, porque en algunas afecciones ella depende y varía según el período y la etapa del proceso, escapando en general á toda evolución regular.

Por otra parte, para que el síntoma leucocitosis mononuclear tenga un valor diagnóstico real, es necesario tener en cuenta:

1.º Que ella varía en los diversos períodos de un mismo proceso;

2.º Que en estas afecciones hay siempre una faz primitiva de polinucleosis;

3.º Que esta mononucleosis puede encontrarse transitoriamente en el período terminal de las afecciones á polinucleosis.

La constatación de la mononucleosis, una vez eliminadas estas causas de error, puede suministrar datos utilizables en la práctica. Así, ella permite eliminar los estados flegmásicos, supurativos, acom-

pañados de abundantes polinucleares, los estados leucémicos, así como los que se acompañan de escasa reacción leucocitaria. Ella permite igualmente separar de una manera precoz el sarampión y la viruela, de la escarlatina, antes de toda erupción; gracias á ella se podrá aislar precozmente la coqueluche, separándola de las simples bronquitis, de las adenopatías ganglionares que determinan tos coqueluchoide. En estas afecciones, la curva leucocitaria no es paralela á la curva general de la enfermedad; el retorno al equilibrio normal se hace después de una serie de oscilaciones.

El valor semiológico deducido del estudio de la *eosinofilia*, es en clínica de gran importancia y de mayor utilidad. Bien buscado y bien interpretado este síntoma, permitirá guiar fielmente el criterio clínico y en ocasiones constituirá el solo elemento de juicio para zanjar un diagnóstico difícil, cuando se dude, por ejemplo, de la naturaleza de un tumor ó de las causas de una anemia. En estos casos, la constatación de una *eosinofilia positiva* tendrá casi el valor de un síntoma patognomónico.

Para establecer el grado de eosinofilia es necesario determinar la fórmula cuantitativa y cualitativa, á la vez que deducir el número de eosinófilos existentes en un milímetro cúbico de sangre; se tendrá así la cifra absoluta y relativa de dichos elementos.

La eosinofilia es positiva en un grupo de intoxicaciones y de afecciones crónicas (tuberculosis, enfermedades de la piel, lepra, asma, etc.). Su importancia es mayor en las afecciones parasitarias, algunas de las cuales, como la anquilostomiasis, el botriocéfalo, la producen de una manera que en clínica puede llamarse constante (90 á 95 %).

La triquina, los ascárides, las tenias, la determinan inconstantemente y en proporciones siempre discretas.

La eosinofilia es un síntoma precioso para el diagnóstico de los *quistes hidáticos;* según investigaciones personales basadas sobre cerca de 100 observaciones, ella sería constante en una proporción de 80 %, cualquiera que sea su tamaño y su sitio anatómico; pero para que la eosinofilia tenga en estos casos un valor real, es necesario haber eliminado antes las otras causas que pueden producirla, aunque su mayor frecuencia en los quistes es desde luego un elemento de juicio á su favor.

La eosinofilia puede faltar totalmente diez veces sobre cien en los quistes hidáticos, sin que hasta hoy se haya podido determinar la causa.

La eosinofilia sería discreta (3 á 4 %) pero ya utilizable para el diagnóstico en una proporción de diez veces sobre cien.

La eosinofilia sería franca (más de 5 %) como acabamos de decirlo, en una proporción de 80 %.

En suma, el estudio de la eosinofilia constituye un síntoma precioso; positivo, su constatación es de gran valor para afirmar, unido á otros elementos clínicos, la existencia de un quiste hidático; negativo, es un signo no menos importante para concluir en contra de un quiste.

La fórmula hemoleucocitaria de los estados á *hipoleucocitosis* tiene un valor diagnóstico de que la clínica saca provecho. Ella caracteriza la fiebre tifoidea, el paludismo, el sarampión, ciertos estados anémicos, etc.

El estudio de la curva leucocitaria permite separar la fiebre tifoidea del grupo de afecciones con las que clínicamente puede confundirse, tales como la pneumonía adinámica, la granulía, la gripe á forma tifoidea, el embarazo gástrico febril, etc. Inversamente, la fiebre tifoidea y las fiebres paratifoideas que á menudo simulan la gripe á forma intestinal ó la pneumonía adinámica, serán separadas mediante el conocimiento y la constatación de esta fórmula especial que se encuentra en una proporción de 90 % de casos no complicados.

La fiebre tifoidea y las fiebres paratifoideas se caracterizan, como ya lo hemos dicho, por disminución de glóbulos blancos y por mononucleosis, mientras que en los estados simplemente tifoideos domina siempre la polinucleosis.

En las afecciones crónicas (tuberculosis, sífilis), así como en los tumores (sarcomas, epiteliomas, cáncer, etc.), la fórmula leucocitaria no tiene la precisión ni la constancia que hemos visto caracterizar las infecciones agudas. La curva leucocitaria es variable, tan pronto se encuentra la mononucleosis, tan pronto una polinucleosis, según la intervención de factores extraños.

En los tumores, particularmente, los beneficios que puede reportar el hemodiagnóstico son escasos é insuficientes. En los casos que hemos estudiado, y que ya forman un buen grupo, no hemos podido confirmar que la mononucleosis caracterice los sarcomas ni que la polinucleosis se encuentre más particularmente en los epiteliomas. En cambio, hemos encontrado que en los tumores infectados y ulcerados (cáncer gástrico), la leucocitosis á polinucleosis intensa era la regla.

Creemos que la reacción leucocitaria que se produce en los tumores (si es que se produce) es de orden accidental y de ninguna manera específica, independiente por consiguiente del sitio y de la naturaleza del neoplasma.

El valor diagnóstico de la curva leucocitaria en los tumores, sin ser desdeñable es, pues, de escasa importancia práctica.

En las *leucemias*, el estudio de los glóbulos blancos adquiere el valor de un síntoma patognomónico; él ha permitido separar estos estados de las simples leucocitosis, así como de las anemias á tipo pernicioso, cuyas fronteras, clínica y hematológicamente, tienen más de un punto de contacto.

El análisis cualitativo de estos elementos ha facilitado la individualización de ciertas formas, habiendo permitido desmembrar el grupo de las seudoleucemias y de las anemias esplénicas, estableciendo tipos mejor definidos que entran en el grupo de las verdaderas leucemias (leucemias aleucémicas, linfocitemias aleucémicas, etc.).

El *valor pronóstico*, deducido del estudio de las variaciones leucocitarias, es en práctica tan grande como el valor diagnóstico. Existe, en efecto, para cada enfermedad, una fórmula hemoleucocitaria media, que constituye por su regularidad y constancia en la evolución normal de la afección, un verdadero equilibrio patológico (Bezançon y Labbé). Toda desviación de este equilibrio, toda perturbación de esta reacción leucocitaria, es el indicio de una forma anormal.

Así, en las enfermedades que se acompañan de hiperleucocitosis, una leucocitosis de intensidad mediana revelando un estado de gravedad mediana, es de pronóstico favorable, demuestra un organismo que se defiende y que se defiende en buenas condiciones.

Toda modificación en más y en menos de este equilibrio medio, será de mal augurio. Las hiperleucocitosis intensas excesivas, lo mismo que las hipoleucocitosis son indicios de alta gravedad, de virulencia extrema; en uno como en otro caso, el pronóstico es igualmente grave, á menudo fatal; la sola diferencia es que en el primer caso el organismo sucumbe no obstante una defensa enérgica, en el segundo muere sin luchar, paralizado en sus medios de defensa por la intensidad del virus.

En las afecciones acompañadas de escasa reacción leucocitaria ó de leucopenia, una disminución rápida de glóbulos blancos es de pronóstico grave; la aparición de una hiperleucocitosis es también grave, pues ella revela una complicación.

Toda desviación en la curva general de una afección, implica una agravación ó una complicación; así cuando la curva leucocitaria en su período de declinación sufre un ascenso intenso y brusco, implica

que el proceso se ha reagravado (erisipela, reumatismo, etc.), que la enfermedad se ha extendido (pneumonía doble) ó que un foco supurativo se ha reinfectado.

La *eosinofilia* tiene también su valor pronóstico; su desaparición total de la sangre en las infecciones, denota una afección grave de pronóstico serio; su desaparición parcial es compatible con la evolución favorable del mal. Su aparición gradual en el curso de una enfermedad es el mejor indicio de una convalecencia próxima; ella aumenta hasta constituir en ocasiones una crisis de convalecencia.

El *tratamiento* también puede beneficiar, aunque menos directamente, del estudio de la curva leucocitaria.

Cuando en un tumor sobre cuya naturaleza se está en dudas, el examen de sangre revela una eosinofilia franca, este solo dato debe decidir á una intervención quirúrgica (tumores del hígado, del riñón, etc.), pues en la inmensa mayoría de las veces se tratará de tumores á equinococcus.

Cuando estos tumores de diagnóstico dudoso se acompañen de leucocitosis intensa, se impondrá igualmente una intervención, pues seguramente se tratará de una colección purulenta (absceso de hígado, de riñón, cerebro, apendicitis supurada, etc.). Cuando los tumores se acompañen de linfocitosis intensa ó de mielemia (leucemias), el hallazgo de esta fórmula leucocitaria debe ser una contraindicación formal á todo acto operatorio. El tratamiento por los rayos X estará en cambio indicado.

En las afecciones á hiperleucocitosis, una hipoleucocitosis coincidiendo con un estado grave (forma hipertóxica de la apendicitis, septicemias, etc.), contraindica toda intervención inmediata, pues el organismo no soportará el *shock* operatorio, inhibidos como están sus medios de defensa.

Tales son las conclusiones que creemos poder formular y que derivan de un grupo numeroso de observaciones metódicamente seguidas.

Doctor Rojas.—Aprueba las conclusiones del importante trabajo del doctor Mamerto Acuña, sobre el valor semiológico y clínico de las variaciones leucocitarias en los estados patológicos, y reconoce la necesidad de recurrir, cada día más, al examen de la sangre para facili-

tar el diagnóstico y pronóstico de muchas enfermedades; pero hace presente que, en los países tropicales, existe una enfermedad en la que este examen es de suma importancia: el paludismo.

En efecto, en el paludismo, el examen de los glóbulos blancos está sujeto á variaciones según el momento en que se efectúe, y por lo general, el número de leucocitos sigue las variaciones de la temperatura; esto es, que hay leucopenia antes de la fiebre, leucocitosis durante la fiebre y de nuevo leucopenia después de la fiebre; pero lo que caracteriza al paludismo—y esto tiene una importancia de primer orden,—es el aumento de los grandes mononucleares que á veces, en los casos graves, son más numerosos que los polinucleares; considerando, la generalidad de los autores, que cuando se observa una proporción de grandes mononucleares superior á 15 %, se puede afirmar el diagnóstico de paludismo.

Se comprende, desde luego, la importancia de este examen cuando, por ejemplo, se trata, en una fiebre continua, de hacer el diagnóstico diferencial entre la fiebre tifoidea y el paludismo.

Doctor Jones.—No disminuirá, en manera alguna, el caso que voy á relatar, el valor de las conclusiones que acaba de leer el doctor Aráoz Alfaro. Me refiero á la eosinofilia.

Un caso de parálisis general ingresado al Hospicio de las Mercedes en el servicio de mi colega y amigo el doctor Bordo, presentó desde su entrada gran número de ataques convulsivos que hicieron pensar en un tumor cerebral, cuya naturaleza, por el examen de la sangre, debía ser un quiste, puesto que la eosinafilia era por arriba de 5 %.

Las dificultades de la localización y la rapidez con que evolucionó hacia el fin fatal, hicieron imposible una intervención, dejándonos como lección sin embargo, la prudencia que hay que tener en las intervenciones cerebrales en casos de eosinofilia solos, sin que otros síntomas permitan llegar más seguramente al diagnóstico.

Doctor Morquio.—Dos palabras sobre la leucocitosis en la apendicitis. En realidad, la leucocitosis tiene el valor de diagnóstico y de tratamiento que ha significado en su comunicación el doctor Acuña. Pero hay sus excepciones. Yo he visto repetidas veces una leucocitosis progresiva, que hacía suponer la supuración por la cantidad; y pronto varias veces para intervenir; sin embargo, la enfermedad ha regresado espontáneamente.

En este momento, tengo un caso interesante, que demuestra estas

excepciones. Se trata de un niño, con una apendicitis y peritonitis generalizada, con leucocitosis progresiva, que hizo suponer la necesidad de intervenir dos ó tres veces; un día, cuando la lesión tenía tendencia á circunscribirse, la leucocitosis alcanzó á 35,000, pero en vista de su estado general favorable se decidió esperar, y por la tarde el niño seguía mejor. Desde este momento el niño marchó bien: y hoy hace 15 días que la apendicitis está fría.

Estos estudios demuestran que la leucocitosis es un síntoma que tiene un valor importante en la apendicitis, pero estas excepciones nos obligan á pensar en el enfermo, y deducir según los resultados de su examen.

Doctor Aráoz Alfaro.—Agradece al doctor Rojas los datos que acaba de dar sobre la leucocitosis en el paludismo. Reconoce que el amplio campo de observación que á este respecto cita el doctor Rojas, lo pone en excelentes condiciones para dar tan interesante dato.

En cuanto á la observación del doctor Morquio, se manifiesta conforme, por cuanto tratándose de excepciones, es el primero en reconocer que existen.

Asimismo agradece á los colegas la benevolencia con que comentan su trabajo.

Histopatología de la célula nerviosa en el tabes dorsalis y el tabo parálisis

(TRABAJO DEL LABORATORIO DE LA CLÍNICA DE PSIQUIATRÍA)

POR EL

Dr. Amable Jones

del Hospicio de las Mercedes de Buenos Aires

Desde que Duchenne de Boulogne [1] describió y creó la entidad morbosa que por largos años llevó el nombre de *ataxia locomotriz progresiva* con que la designó, nombre destinado á desaparecer porque estaba fundado solamente en dos hechos clínicos que sirvieron á

1. Arch. Gén. de Med. Dbre. 1858. Arch. Gén. Janvier, Février et Mars 1859.

este admirable observador para sacarla del gran caos de la parálisis y paraplegias, donde permanecía ignorada,—desde entonces hasta hoy innumerables son los trabajos que en todas las escuelas han visto la luz pública, y podría decirse que no hay ninguna enfermedad nerviosa que haya sido objeto de mayor atención por los investigadores que consagran sus esfuerzos á los problemas de la neurología.

No comprendiendo la descripción de Duchenne sino los casos más típicos, aquellos en que la ataxia dominaba las manifestaciones objetivas, los observadores ensancharon paulatinamente el cuadro clínico, descubrieron nuevas formas, agregaron nuevos síntomas, hicieron conocer las variadas combinaciones que revestía, y pudo diagnosticarse la enfermedad, aun en ausencia de toda perturbación de la locomoción, gracias á la tríada sintomática creada por Westphal, Romberg y Argyll Robertson (1869-1877), que hoy día nos permite afirmarla sin que la incoordinación exista.

La histología patológica se elaboraba con más lentitud, y á pesar de existir ya algunas fórmulas histológicas por las que se quería explicar los síntomas observados, Trousseau designaba el tabes dorsalis, aun 1860, como una neurosis. En esta elaboración de medio siglo, sufrida por la histopatología de la enfermedad de Duchenne pueden contarse tres períodos: el primero que comienza con Bourdon y Luys [2], quienes, en una memoria original, hicieron conocer en 1860 la desaparición de los elementos nerviosos de los cordones posteriores y su sustitución por un tejido molecular lleno de cuerpos amiláceos y de células grasosas [3]; que después, en 1861, describieron lesiones de los cordones y raíces posteriores, de la cola de caballo y de la substancia gris, y que, con Oulmont, en 1862, encontraron estas lesiones limitadas á los cordones y raíces posteriores. [4] Este primer período terminó en 1870 con las investigaciones memorables de Charcot

2. Bourdon et Luys, Arch. Gén. de méd. 1861, et Oulmont et Luys, Soc. Méd. des Hôpitaux, mars 1862.

3. Ch. Philippe, Tabes Dorsalis 1897. Th. París.

4. Es verdad que ya Hutin, en una comunicación á la Société Anatomique de París, en 1817, señalaba lesiones en los cordones posteriores de enfermos que habían padecido «una sintomatología particular»; que Monad había dibujado cortes de la médula con degeneración de los cordones posteriores en 1834, 1837, 1842, así como Romberg y Froriep y Stanley, Tophams, W. Gull, Sellier et Sizaret, salidos de la Universidad de Estrasburgo. Todos estos trabajos aparecidos desde 1840 á 1860, no hacían sino preparar el camino á la fijación definitiva de las lesiones en el cordón posterior.

y Pierret, quienes describieron una lesión más limitada, menos vaga, más sistematizada que las descritas por sus antecesores, y que enseñaron que el tabes tenía como lesión anatómica «una esclerosis sistematizada de la región del cordón de Burdach, denominada *cintas* ó *bandeletas externas*». Esta doctrina, que ha sido clásica en Francia hasta hace muy poco, tuvo una gran fortuna y fué aceptada, propalada y también enseñada en Francia y en Alemania por maestros eminentes, como Erb, Westphal y Strümpell.

En Francia, así como en Alemania, esta doctrina de la Salpetrière fué resistida por algunos espíritus críticos, que se preguntaban cómo podría existir una degeneración de los cordones posteriores, sin degeneración de las raíces correspondientes; y Vulpian, en la primera de estas escuelas, y Leyden, en la segunda, se declararon en contra de la doctrina nacida bajo tan buenos auspicios y sustentada por hombres prominentes en la ciencia de las dos primeras escuelas médicas. Vulpian quería sustituir á la fórmula «esclerosis de las bandeletas externas», la doctrina de «esclerosis primitiva de las raíces posteriores» [5], y Leyden, en una comunicación á la Sociedad de Medicina de Berlín primero, en una monografía de gran mérito después, declara que «no puede considerarse como demostrada la esclerosis de los cordones posteriores sin la participación de las raíces correspondientes», [6] para precisar más tarde, en 1883 y 1889, su doctrina según la cual el proceso tabético sigue el elemento sensitivo en toda su longitud, [7] quedando así iniciado el tercer período, que hoy se conoce en la ciencia con el nombre de *teoría radicular del tabes*. Por mucho tiempo, esta concepción de Vulpian y Leyden quedó desconocida, hasta que los métodos modernos de His y Sagemelh y de Tuck proyectaron una viva luz sobre la constitución de los cordones posteriores. Entonces se conoció el trayecto de las raíces posteriores, la constitución de los cordones de Burdach, de los cordones de Goll, el nacimiento de las raíces posteriores en el ganglio intervertebral; en una palabra, la protoneurona sensitiva quedó constituída como una unidad anatómica. Estos conocimientos nuevos, que enriquecieron en pocos años la ciencia, tuvieron la fortuna de llevar el acuerdo á todos los

5. Vulpian, Maladie de la moelle, 1879.

6. Die graue Degeneration der hinteren Rückenmarksstrænge, Klinisch bearbeitet, Berlín; 1863.

7. Leyden, Real Encyclopædie der gesammten Heilkunde, 1.° Auflage Separat Abdruck Philippe, loc. cit.

espíritus respecto á la teoría radicular del tabes, que hizo un gran paso adelante con los notables estudios de Schultze, [8] quien aprovechando las conclusiones sacadas de los métodos embriológicos, las obtenidas por la fisiología, valiéndose de las vivisecciones, las suministradas por las degeneraciones secundarias, y comparándolas con la topografía de las lesiones tabéticas, llegaba á establecer una absoluta analogía en la topografía que todas ellas daban en el cordón posterior. Pero, esta uniformidad en la doctrina no fué completa, y las diferencias surgieron entre los doctores cuando se trató de localizar el punto en que la lesión tenía su asiento primitivo.

Dejerine, [9] comparando, como Schultze lo había hecho en 1882, la topografía de las lesiones tabéticas con las que resultan de las degeneraciones secundarias patológicas ó experimentales, llegó á una analogía completa, sacando de estos estudios el convencimiento de que el tabes tiene como substratum anatómico una degeneración de los cordones posteriores «secundaria á la neuritis primitiva de las raíces posteriores». [10] Babinski, Redlich y Obersteiner, Nageotte, Brissaud y de Marsay y Pierre Marie, formulan otras tantas teorías radiculares.

Redlich [11] en 1892, después de estudiar veinte casos de tabes, se declara partidario de una degeneración de las raíces posteriores, sólo en su trayecto intramedular, como lo creyeron en un principio Charcot y Pierret, encontrando además algunas lesiones radiculares, pero que en manera alguna estaban en concordancia con las degeneraciones de los cordones posteriores. Dos años después (1894), Redlich, en un trabajo hecho con el profesor Obersteiner, [12] adoptaba la teoría exógena negando la degeneración de los cilindros ejes en el interior de la médula, por tener ellos su centro trófico en el ganglio vertebral. Estas mismas consideraciones le apartan de la teoría de la neuritis radicular de Dejerine.

Nageotte [13], estudiando la constitución anatómica de las raíces pos-

---

8. Schultze. Beitrag zur Lehre von den secundaren Degeneration im Rückenmarke des Menschen nebst Bemerkungen ueber die Anatomie der Tabes. Arch. für Psych. Bd. 14. 1882 y 1883.

9. Méd. Moderne, 1890.

10. Philippe, loc. cit.

11. Redlich.—Die hinteren Wurzeln des Rückenmarkes, und die pathologische Anatomie des Tabes dorsalis. Jarbücher für Psychyatrie, 1892.

12. Redlich y Obersteiner.—Ueber Wesender Pathogenese der tabischen Hinterstrangs degenerative.—Vorläufige Mittheilung, 1894.

13. La lésion primitive du tabes. Soc. Anatom., 1894.

teriores y anteriores en cuatro casos de tabes, encuentra en ellas diversos grados de evolución, lesiones que él clasifica de «neuritis transversa muy intensa», que está situada exactamente en la parte de la raíz comprendida entre el ganglio y la entrada de la raíz en la cavidad aracnoidea. Esta neuritis intersticial, primero embrionaria, pasa al estado fibroso en los períodos avanzados; es primitiva, y secundariamente trae la degeneración de las fibras de las raíces posteriores. Esta teoría de la neuritis transversa, como lesión primitiva del tabes, ha tenido posteriormente el refuerzo de nuevos estudios anatómicos por el mismo autor. [14]

Babinski, por su parte, desde 1891 [15] acusaba de la esclerosis de los cordones posteriores á una lesión celular de los gangliones raquídeos, lesión que ningún observador había visto ni descripto desde Luys hasta Wellenberg, 1892, pero que él creía ser «una lesión dinámica». Por otra parte, Pierre Marie ya en 1891, condensa en su tratado de enfermedades de la médula la teoría que él llama exógena y en la cual sostiene que la célula ganglionar debe ser el centro primitivo de las lesiones tabéticas, porque «en el estado actual de la ciencia, decía él, no es posible aceptar la existencia de esclerosis primitiva de los cordones de la médula, porque para que una fibra degenere, es necesario que sea separada de su centro trófico, ó bien que la célula misma desaparezca».

Brissaud, con su discípulo de Marssay, ha sostenido que toda la protoneurona sensitiva, célula y cilindro-eje y prolongación protoplasmática está afectada al mismo tiempo, y ellos creen en la inutilidad de los esfuerzos hechos para llegar á una localización limitada á un solo punto.

Actualmente, otras ideas pugnan por abrirse paso, aún en aquellos mismos que habían defendido la teoría exógena con mayor brillo y mayor acopio de datos. Pierre Marie ha abandonado su teoría exógena, y en un reciente trabajo con su discípulo Guillain, niega la similitud topográfica de las lesiones tabéticas con las obtenidas por las lesiones secundarias experimentales ó patológicas, y sostiene que «las lesiones del sistema linfático posterior de la médula son el origen del proceso anatomopatológico del tabes». [16]

Todos estos numerosos trabajos que acabo de citar se limitan al

---

14. Nageotte.—La Presse Méd., 1902.

15. Babinski.—Gazette hebdomadaire, 1891.

16. Pierre Marie et G. Guillain.—Revue Névrologique, 1903, Janvier.

conocimiento topográfico de las lesiones tabéticas y á la determinación de un punto de partida de las lesiones, habiendo sido hechos la mayor parte de ellos, sobre todo los que comprenden los dos primeros períodos, con métodos insuficientes y poco dignos de fe en el estado actual. Todos ellos se resienten de la ausencia de exámenes metódicos de las células ganglionares y de las células de la médula, pero bien pronto debía llenarse esta laguna que sólo existía por la falta de un método que permitiera un examen más riguroso de la histología fina de la célula nerviosa.

Las diferentes teorías que se disputaban las explicaciones anatómicas del tabes dorsalis, sirvieron de base á nuevos y numerosos trabajos. Wollenberg y Goldscheider [17], Strœbe [18], Oppenheim y Siemerling [19] habían descrito alteraciones de las células ganglionares, llegando Strœbe á establecer una estricta relación entre la destrucción de las células y el grado de degeneración de los cordones posteriores. Pero, como en los trabajos anteriores, los métodos empleados por estos autores no eran los modernos, y sus deducciones carecían forzosamente del valor suficiente para adquirir domicilio definitivo en la ciencia.

En 1895, Marinesco, empleando el método de Nissl, describe algunas lesiones, sin poder de ellas sacar ninguna conclusión, lo mismo que MM. Babes y Kreumitzer [20], que encontrando algunas alteraciones de la sustancia cromática y una gran hipertrofia de la cápsula celular, no creen suficientes estas lesiones para explicar las degeneraciones medulares.

Los trabajos de Schaffer [21] y de Juliusburger y Meyer [22] aparecidos en 1898, ambos empleando el método de Nissl, no han descubierto lesiones de las células ganglionares, limitándose Schaffer á señalar la coloración más pálida de la sustancia cromática en uno de los casos más avanzados de tabes, y los segundos, sin encontrar

---

17. Wollenberg.—Untersuchungen über die Spinalganglien bei Tabes. Arch für Psychiatrie und Nervenkrankeiten, 1892.

18. Strœbe.—Veränderung der Spinalganglien bei Tabes dorsalis. Neurologisches Centralblatt, 1894.

19. Oppenheim y Siemerling.—Beiträge zur Pathologie des Tabes. Arch. für Nervenkrankheiten, 1897.

20. V. Babes y F. Kreumitzer.—Arch. des sciences méd., 1896.

21. Neurologisches Centralblatt 1898, n. 1.

22. Juliusburger und Meyer.—Neurologisches Centralblatt, 1898, n. 4.

lesiones de las partes constitutivas de las células, sólo creen notar que las células pequeñas entran en la constitución del ganglio intervertebral, y están disminuídas en relación al número de las grandes células claras.

Marinesco, cuya consagración al análisis de muchos problemas neurológicos merece todos los mejores elogios, dedica en 1901 un nuevo y serio estudio á los ganglios espinales en el tabes y examina con el método de Nissl nuevos casos, describiendo en ellos lesiones celulares que revisten el tipo llamado por él «de lesiones secundarias» [23].

La enumeración del gran número de trabajos que se han publicado me llevaría demasiado lejos: básteme decir, que al lado de autores que han encontrado lesiones de las células ganglionares, como Marinesco (método de Nissl), Wollenberg, Strœbe, Oppenheim y Siemerling, Thomas y G. Hauser (carmín) y otros, hay numerosos observadores que no han encontrado lesiones, ó sólo las han encontrado insignificantes, como Schaffer, Juliusburger y Meyer y algunos otros.

En cuanto á las células del interior del neuro-eje, los trabajos son menos numerosos, y las lesiones celulares, sea de los núcleos de la médula, sea de los núcleos bulbares ó de los núcleos talámicos, ó de las cortezas, son menos conocidas. Mis maestros Raymond y Philippe describen en casos de tabes amyotróficas lesiones de las células de los cuernos anteriores, que tienen el carácter primitivo [24]. Camp [25] ha encontrado también algunas lesiones medulares, á las cuales él hace responsables de la neuritis y de otros síntomas tabéticos como las amyotrofias, caídas dentarias, etc. Reusz [26] ha descrito lesiones del núcleo ambiguo y de los núcleos de pequeñas células en que se agotan los nervios neumogástrico y gloso-faríngeo en el bulbo. También ha sido señalada la desaparición de las grandes células de Purkinje en el cerebelo por Weigert [27].

---

23. G. Marinesco.—La Presse Méd., 3 août 1901, p. 52.

24. Amyotrophies dans le tabes dorsalis.—Soc. de Névrologie 1902 et Congrès de Madrid, 1903.

25. Carl D. Camp.—Muscular atrophy dégénération of the Trijeminus nerve and of the lateral columns and anæmic changes in the spinal cord occurring in tabes dorsalis.

26. B. Z. Path Anat. der Bulbarer Erkrankungen bei Tabes, Arch. für Psychiatrie, 1899, T. XXXII.

27. Carl Weigert.—Bemerkung über eine Kleinhinveränderung bei Tabes dorsalis. Neurologisches Centralblatt, 1904.

Como se ve por esta ligera relación histórica, en el momento actual la discusión sobre el origen del tabes dorsalis está aún en un período ardiente y muy lejos de ser agotado: diría más, está lejos de tener todos los elementos que la solución del problema requiere. Los músculos, los nervios periféricos, las células ganglionares, la sustancia gris de la médula, bulbo, tálamo y corteza deben sufrir aún nuevos exámenes que nos conducirán á conocimientos más perfectos de su verdadero estado en los diferentes períodos de la enfermedad, conocimiento que nos llevará á cerrar cada vez más de cerca el problema, hasta que él tenga una solución definitiva.

En nuestra escuela, lo mismo que en las otras escuelas sudamericanas, fuera de algunos trabajos clínicos [28], nada hay respecto al tabes, y la doctrina que tiene curso es la enseñada por mi maestro y amigo el doctor Jakob, quien defiende la teoría exógena con lesión primitiva de las células de los ganglios intervertebrales.

En el estudio histológico que he realizado de las células, me he servido de seis casos de tabes, que he examinado exclusivamente bajo el punto de vista de las células nerviosas, empleando el método de Nissl y la hematoxilina [29]. Entre estos 6 casos, dos son de tabes dorsalis puro y 4 de tabo parálisis, que he hecho entrar en este estudio, primero porque ellos son infinitamente más frecuentes en mi servicio de Clínica de Las Mercedes, que los casos de tabes puro, y segundo porque el tabo-parálisis, aunque considerado por algunos autores como diferente del tabes dorsalis (Joffroy, Klippel, Rabaud, Stojanovitch), es mirado por mi maestro Raymond, por Homen, Nageotte y otros, como análogo. Por otra parte, las lesiones celulares que nos ha sido posible constatar son de la misma índole, y no es mi espíritu abordar la discusión bajo el punto de vista de la analogía ó diferencia de los dos procesos, que en todo caso ataca los

28. Orrego Luco (Chile).—Etiología y terapéutica de la tabes dorsal. Segundo Congreso Médico Latino-Americano, 1904.

José A. Esteves (Buenos Aires)—Tabes dorsal. Segundo Congreso Médico Latino-Americano, 1904.

A. Azevedo Sodré (Río Janeiro).—Frequencia da tabes dorsalis no Brazil Segundo Congreso Médico Latino-Americano, 1904.

29. Por no disponer de un caso reciente de tabes, no me ha sido posible examinar las células bajo el punto de vista de las neurofibrillas.

cordones y raíces posteriores de una manera muy similar, cuando el tabo-parálisis no reviste la forma de esclerosis combinadas.

He examinado, pues, la médula espinal á todas las alturas en los 6 casos, los ganglios intervertebrales en 5 casos, el bulbo, los núcleos del puente y los orígenes de los nervios craneanos en 4, la corteza cerebral en 5, el cerebelo y sus núcleos centrales en 5 y los núcleos del tálamo en 1. En la mayor parte de ellos, he podido encontrar alteraciones más ó menos marcadas, que interesan las células nerviosas con un predominio bien neto en las regiones más inferiores del neuro eje. A medida que de la región lumbar se asciende en la médula, las lesiones van haciéndose menores. Así, ellas se ponen de manifiesto con alguna facilidad en las grandes células de la región lumbar y de la región dorsal en el cuerno anterior, cuando existen: son menos fáciles de poner en evidencia en la región cervical. En el bulbo mesocéfalo y diencéfalo, las lesiones se hacen muy raras y son células aisladas de la formación reticular ó de alguno que otro de los numerosos núcleos de estas regiones, excepto en un caso en que el núcleo del óculo motor externo presenta numerosas células en cromatolisis pálidas, con el núcleo excéntrico coincidiendo con una parálisis del recto externo presentado en vida por el enfermo.

En la corteza cerebral, las lesiones que se observan en los casos de tabo-parálisis son la mismas que en los casos de parálisis general más ó menos avanzados, y no es mi ánimo entrar en su descripción. La corteza de los casos de tabes puro no presenta ninguna particularidad respecto á sus células; las grandes células piramidales son bien coloreadas con sus granos cromáticos, su núcleo y su sustancia cromática, como se las observa en el estado normal.

En los granos y las grandes células de Purkinje del cerebelo, cuya disminución ha sido señalada por algunos autores (Weigert) y otros, no he podido diseñar ninguna alteración; sólo en un caso de los de tabo-parálisis, las células de Purkinje eran más raras, notándose la desaparición de algunas de ellas.

Los núcleos centrales del cerebelo, como el émbolo, núcleos del techo, núcleos globosos, la oliva cerebelosa y la oliva bulbar, siempre los he encontrado indemnes.

En los ganglios intervertebrales también me ha sido posible poner de manifiesto alteraciones, de orden crónico algunas, y agudo otras.

Antes de describir el género de lesiones cuyo asiento principal acabo de indicar, quiero precisar algo más, el sitio ocupado por ellas en las regiones más interesadas; me refiero á la médula. Como he dicho,

ellas son más marcadas en la regiones inferiores, más pronunciadas en la médula lumbar que en la médula dorsal y más en ésta que en la cervical. Entre los diferentes grupos celulares de la médula, los cuernos anteriores son menos rudamente atacados que las células de la columna de Klarke (fig. 1) y ésta más que los núcleos de Goll y Burdach.



Fig. 1

En las células de la sustancia gelatinosa de Rolando y de la sustancia esponjosa, no me ha sido posible poner de manifiesto alteraciones, aunque á priori fuese de creer que existen.

Los núcleos de Goll ofrecen una disminución en el número de sus células y en el tamaño de ellas. Las células son pequeñas, algunas muy pálidas y otras en estado de fragmentación de la cromatina desinada á desaparecer (fig. 2).

Antes de entrar más en la intimidad del proceso histológico que estudio, quiero anotar solamente de un modo muy rápido los elementos esenciales que constituyen las células nerviosas y la célula ganglionar, porque me permitirá una descripción más sucinta y más clara.

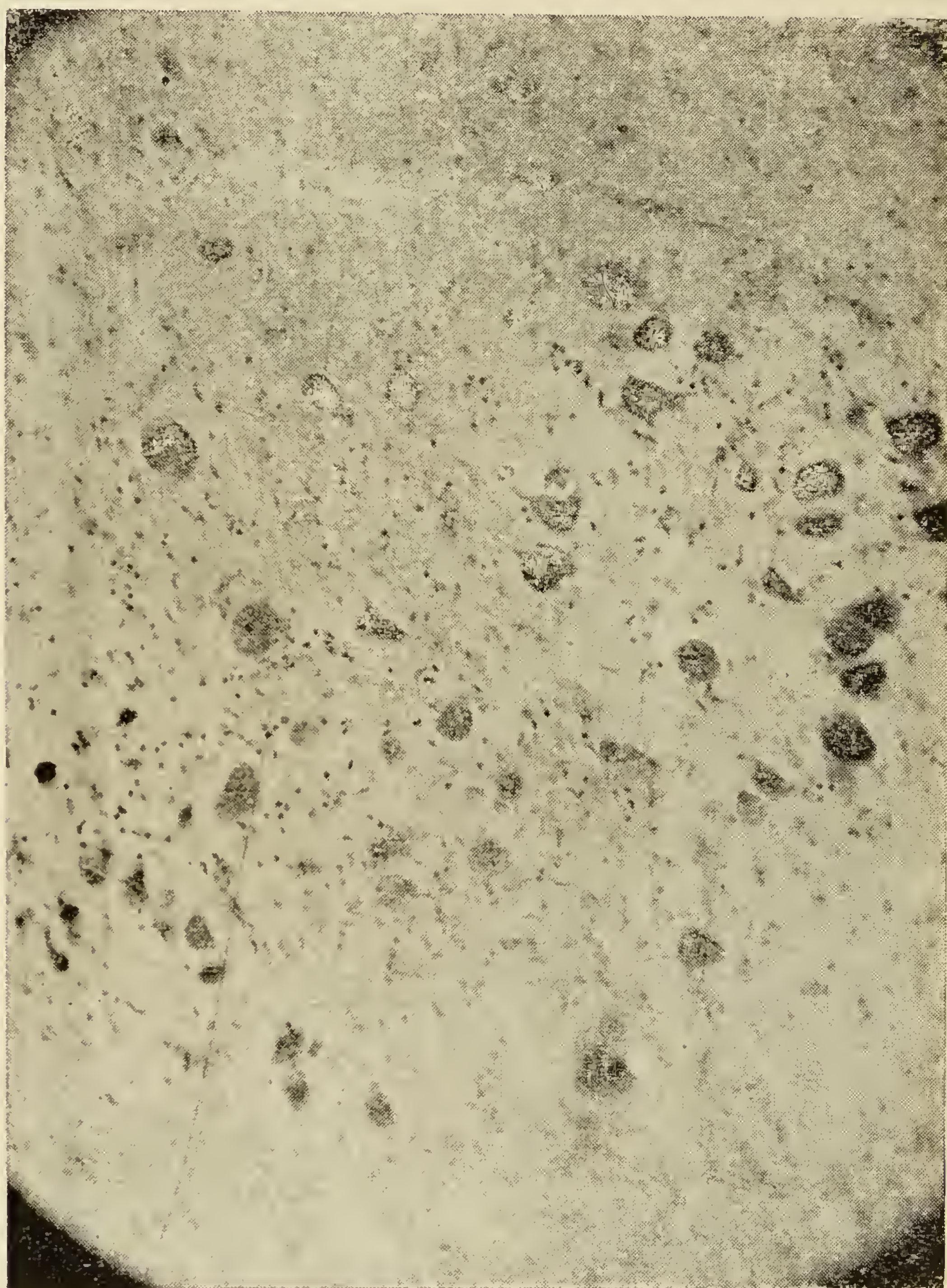


Fig. 2

Tal como se la puede observar en la sustancia gris de los cuernos anteriores de la médula, la célula nerviosa consta: 1.° De una sustancia fundamental acromática, en la cual se encuentran los cuerpos cromatófilos, que por su afinidad con las sustancias básicas Marinasco designó con ese nombre; 2.° de elementos cromatófilos, y además 3.° una sustancia fibrilar ó estriada que constituye la red de neurofibrillas que existen en el cuerpo celular, las prolongaciones protoplásmicas y el cilindro-eje.

Las células de los ganglios intervertebrales están constituídas por los mismos elementos, teniendo una cromatina que se presenta en granos muy finos, en un cuerpo celular redondeado con su núcleo generalmente central. A este cuerpo celular rodéalo una cápsula endotelial correspondiente á la vaina de Schwann de los nervios periféricos. La cara interna de esta cápsula está tapizada, así como ya en

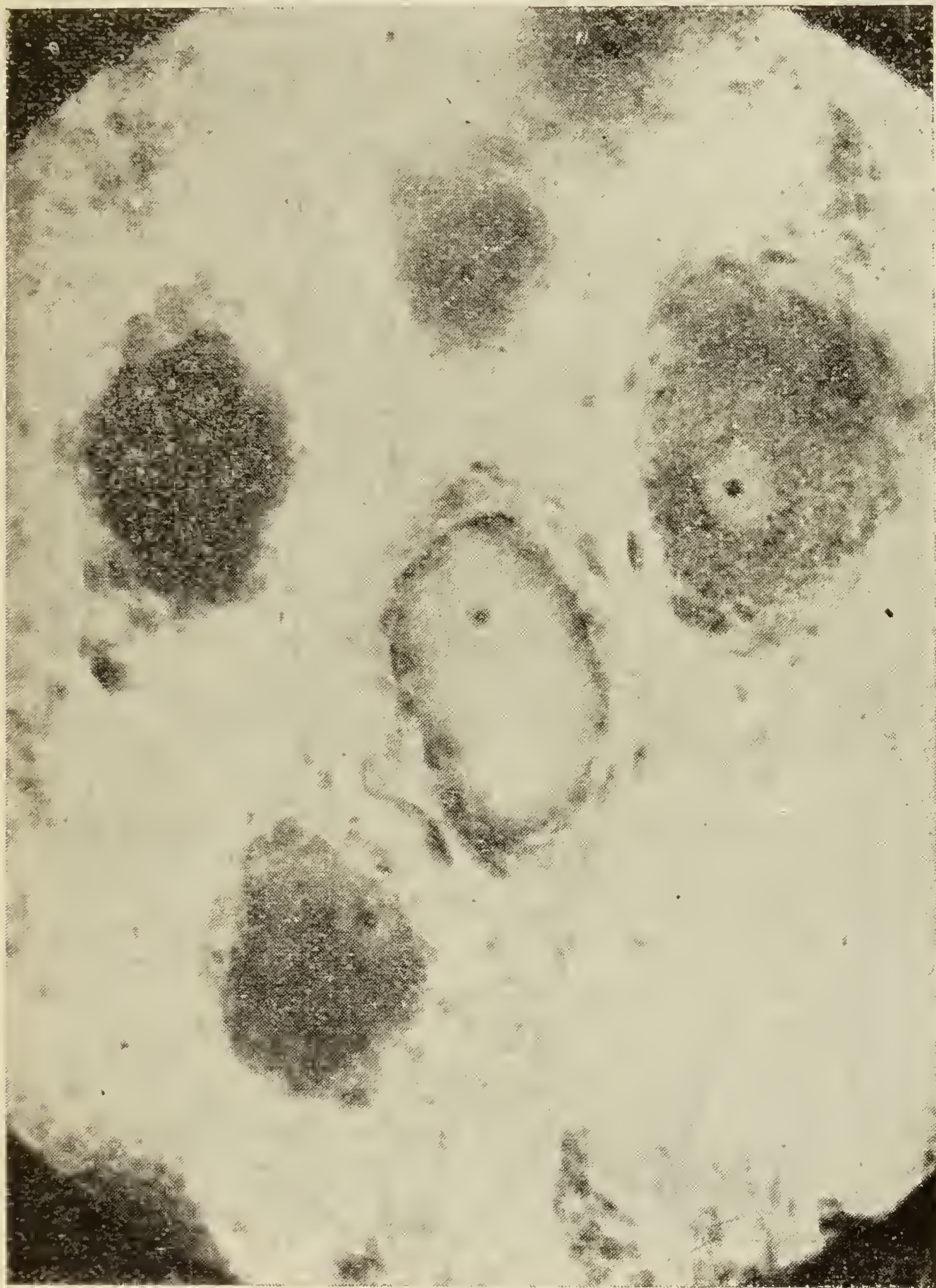


Fig. 3

1867 lo demostró Frantsell, de una capa de células epiteliales poligonales, cuyo núcleo voluminoso hace eminencia al interior (Dejerine).

En el sitio de nacimiento del axon, existe en algunas células ganglionares una excavación ó depresión descrita por Cajal y F. Olóriz [30] que ellos denominan «excavación glomerular», en la cual los

30. Rev. trim. Micr. 1897, núm. 4.

núcleos de la cápsula son más numerosos y dan á veces á las células el aspecto de una célula que hubiera perdido parte de su protoplasma y presentara el núcleo en emigración hacia la periferia. Este hecho es muy de tener en cuenta en el estudio histológico, así como el señalado por Ranvier, en el cual uno se encuentra con algunas células de forma estrellada, por retracción de la masa protoplasmática

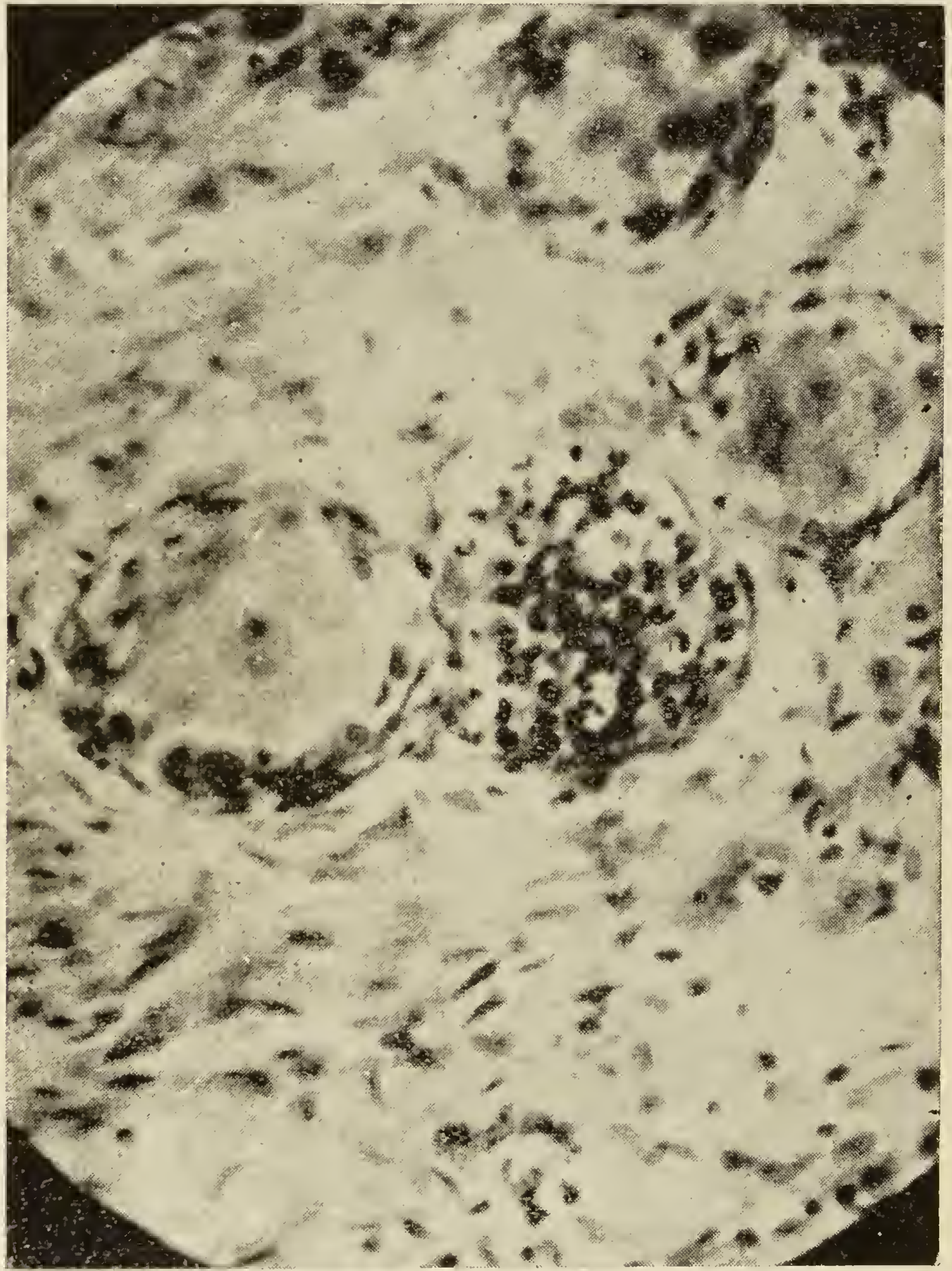


Fig. 4

que emite prolongaciones hacia la capa. En cuanto á la constitución íntima del cuerpo de estas células, forzoso es recurrir á sus propiedades morfológicas, si de ellas se quiere tener una descripción exacta, por la insuficiencia de nuestros conocimientos actuales sobre la estructura de ellas. Van Gehuchten y Nelis [31] distinguen seis tipos

31. Van Gehuchten et Ch. Nelis.—Quelques points concernant la structure des cellules des ganglions spinaux. Extrait du bulletin de l'Ac. royale de Méd. de Belgique, 26 mars 1898.

celulares que no están bien individualizados, y Marinesco [32], basándose sobre la estructura y la densidad de la cromatina, reconoce tres tipos solamente. Marinesco, como Lugaro, distinguen tipos claros y obscuros que son muy fáciles de constatarse.

En el primer tipo de estos autores entran las células con husos cromáticos en forma poligonal, sustancia acromática incolora y red á

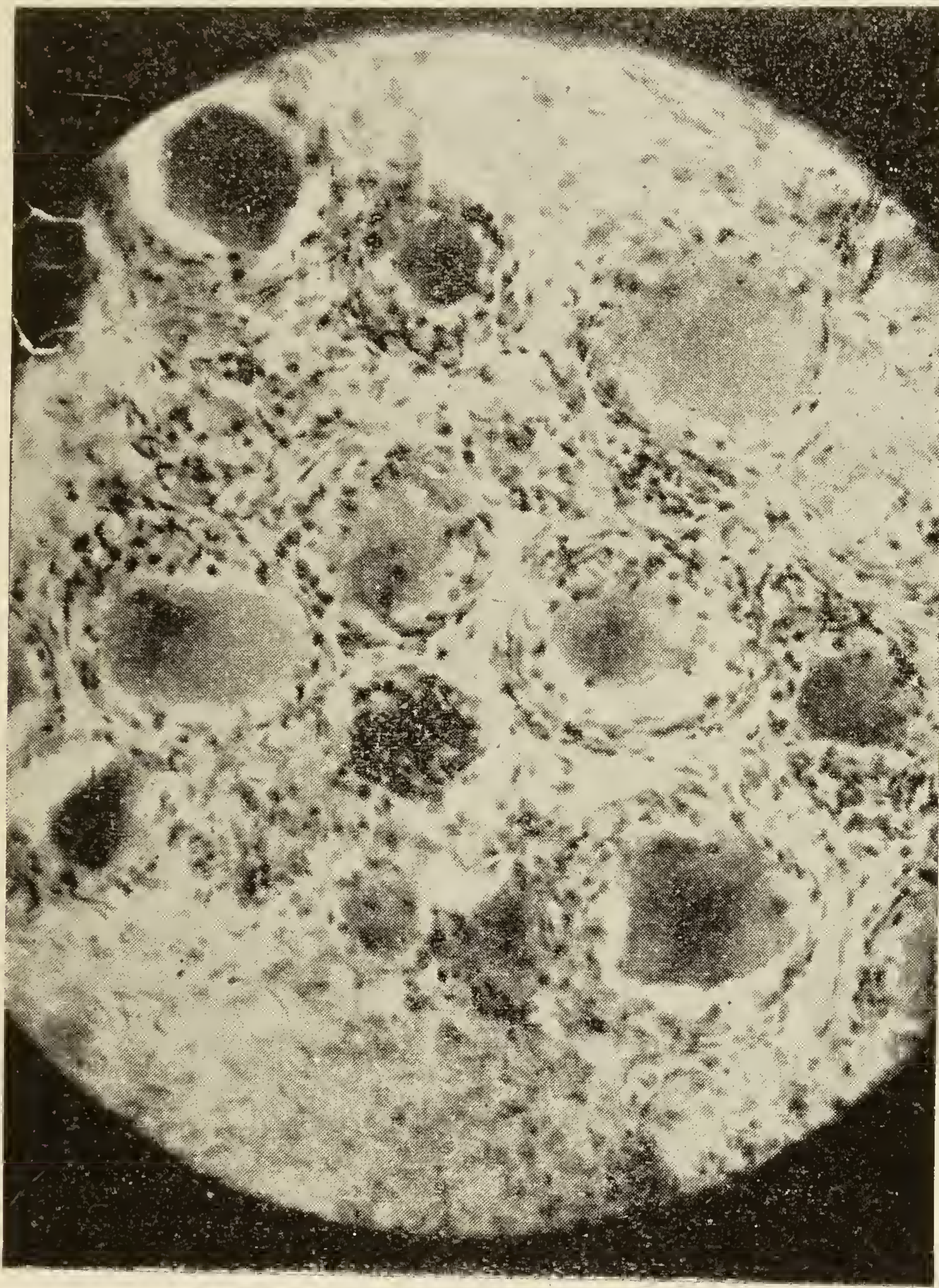


Fig. 5

grandes mallas. Hay en este tipo celular grandes, medianas y pequeñas células, constituyendo las medianas el mayor número, según Marinesco y Lenhossek (fig. 3, arriba y á la derecha). En el segundo tipo, la sustancia cromática es compuesta de granos desiguales, dispuestos sin orden, la sustancia acromática es incolora ó débilmente coloreable

32. Marinesco.—La Presse Méd., 1901, núm. 62.

y la red fibrilar, más apretada que en el tipo precedente, da á la célula un aspecto más uniforme en las coloraciones de Nissl (fig. 4 á la izquierda y abajo). [33]

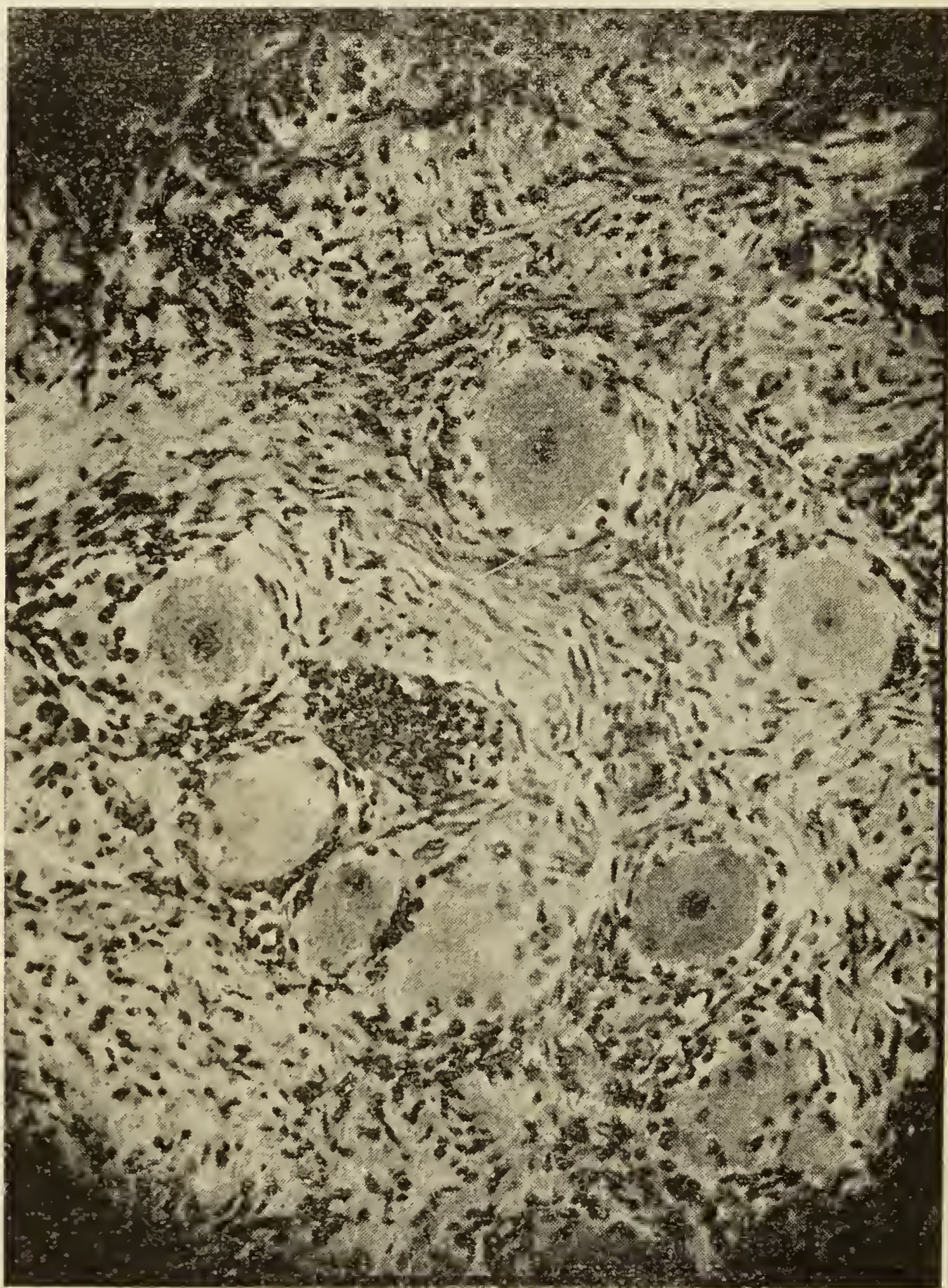


Fig. 6

El otro tipo comprende las células pequeñas cuya sustancia fundamental se colorea muy fácilmente y en las que la sustancia cromática es escasa. Este tipo comprende un gran número de células chicas y de mediano tamaño (fig. 5). Hay además una otra forma de células claras sobre la cual Marinesco llama la atención y previene á los observadores contra posibles errores. Ella corresponde á la que más

33. Aunque estas células presentan su cápsula algo infiltrada, se ve bien el tipo á que pertenecen, y concuerdan con los tipos dados por Marinesco.

adelante he descrito con una fosa glomerular, que con su núcleo periférico, sus granos muy pálidos de cromatina y sus corpúsculos de Nissl, más espesos en la periferia, podría tomarse por célula en estado de cromatolisis central.

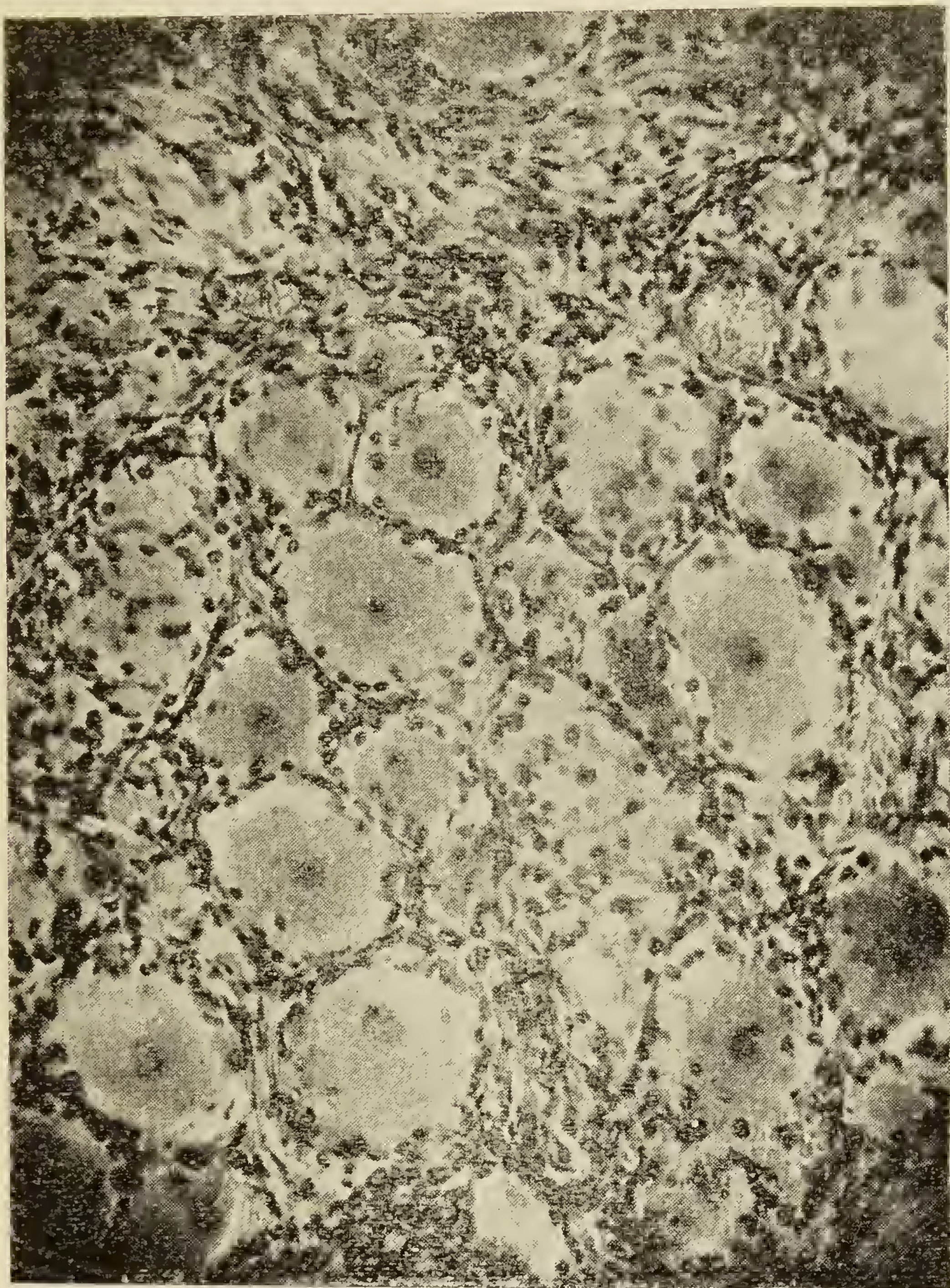


Fig. 7

Estas células ganglionares siempre las he encontrado tanto en el tabes puro como en el tabo parálisis, infiltradas por una proliferación más ó menos abundante de los núcleos y endotelios de la cápsula, infiltración que llena los espacios intercelulares y que á veces en el interior de la cápsula es tan abundante que hace desaparecer la célula, quedando su sitio ocupado por un grupo constituído exclusivamente por estos núcleos (figs. 5, 6 y 7). Las células por su parte sufren raras veces un proceso de cromatolisis y otras se vacuolizan, llegando en

algunos casos á desaparecer el cuerpo celular, que queda reemplazado por un espacio vacío que contiene algunos raros granos cromáticos muy finos al rededor de un núcleo difusamente coloreado, con un nucleolo más pequeño que en el estado normal (fig. 3, célula del centro). Estas lesiones en su mayor parte de orden intersticial son cons-

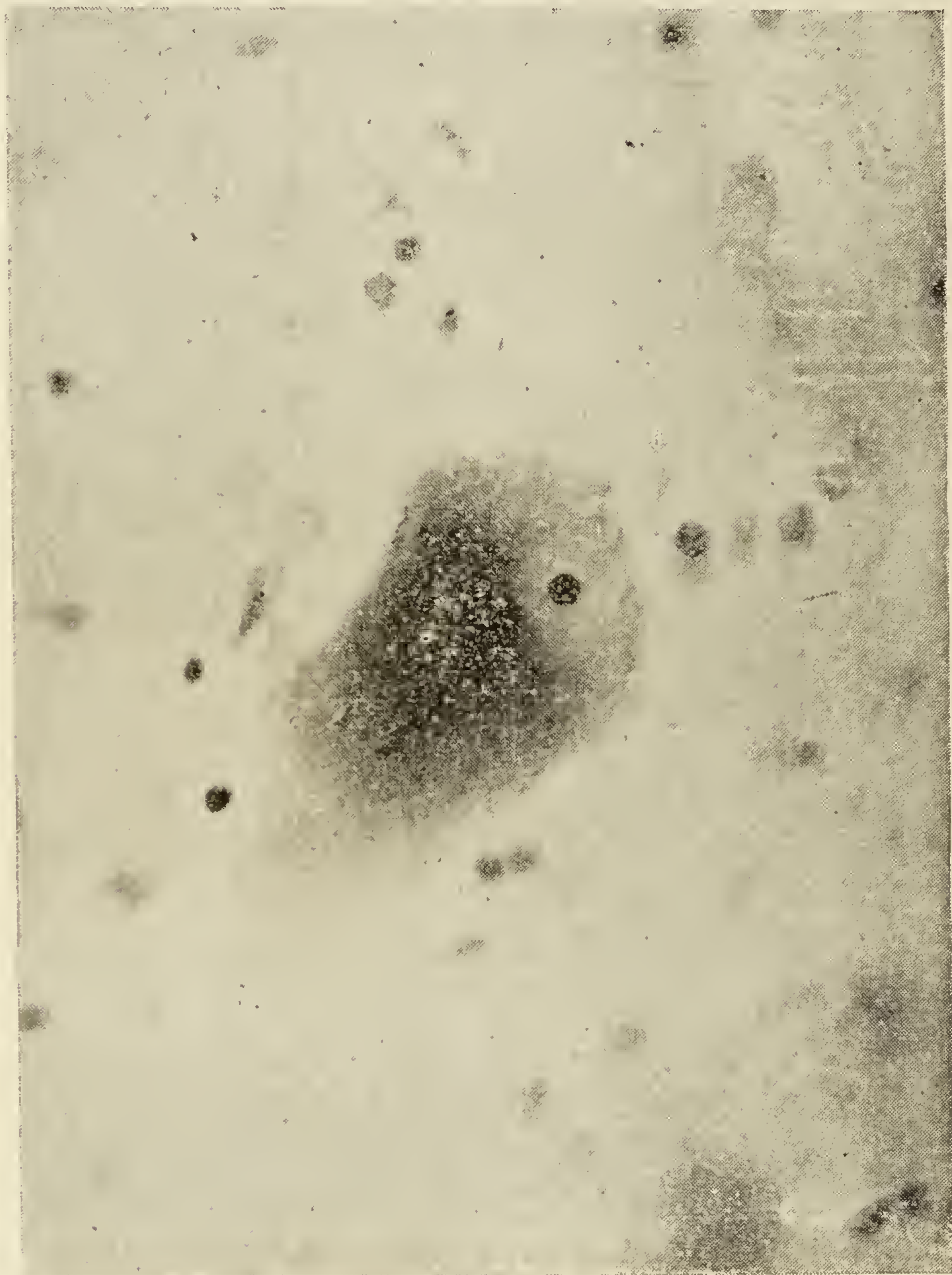


Fig. 8

tantes y más pronunciadas en los ganglios lumbares que en los dorsales y cervicales, tanto en el tabes puro como en el tabo parálisis, y acusan un proceso lento.

En un caso de tabo parálisis, al lado de este proceso de naturaleza crónica, he podido constatar otro proceso de carácter agudo muy digno de mención, que consiste en la invasión y destrucción de todo el cuerpo celular por leucocitos polinucleares que llenan la cáp-

sula sin proliferación de ésta, como en el proceso anteriormente descripto. El cuerpo celular ha desaparecido totalmente, y en su lugar sólo se observan los polinucleares en gran abundancia (fig. 4, célula del centro). Este hecho, tanto más digno de mención cuanto que en el caso en que lo he observado no había ningún signo de infección ni

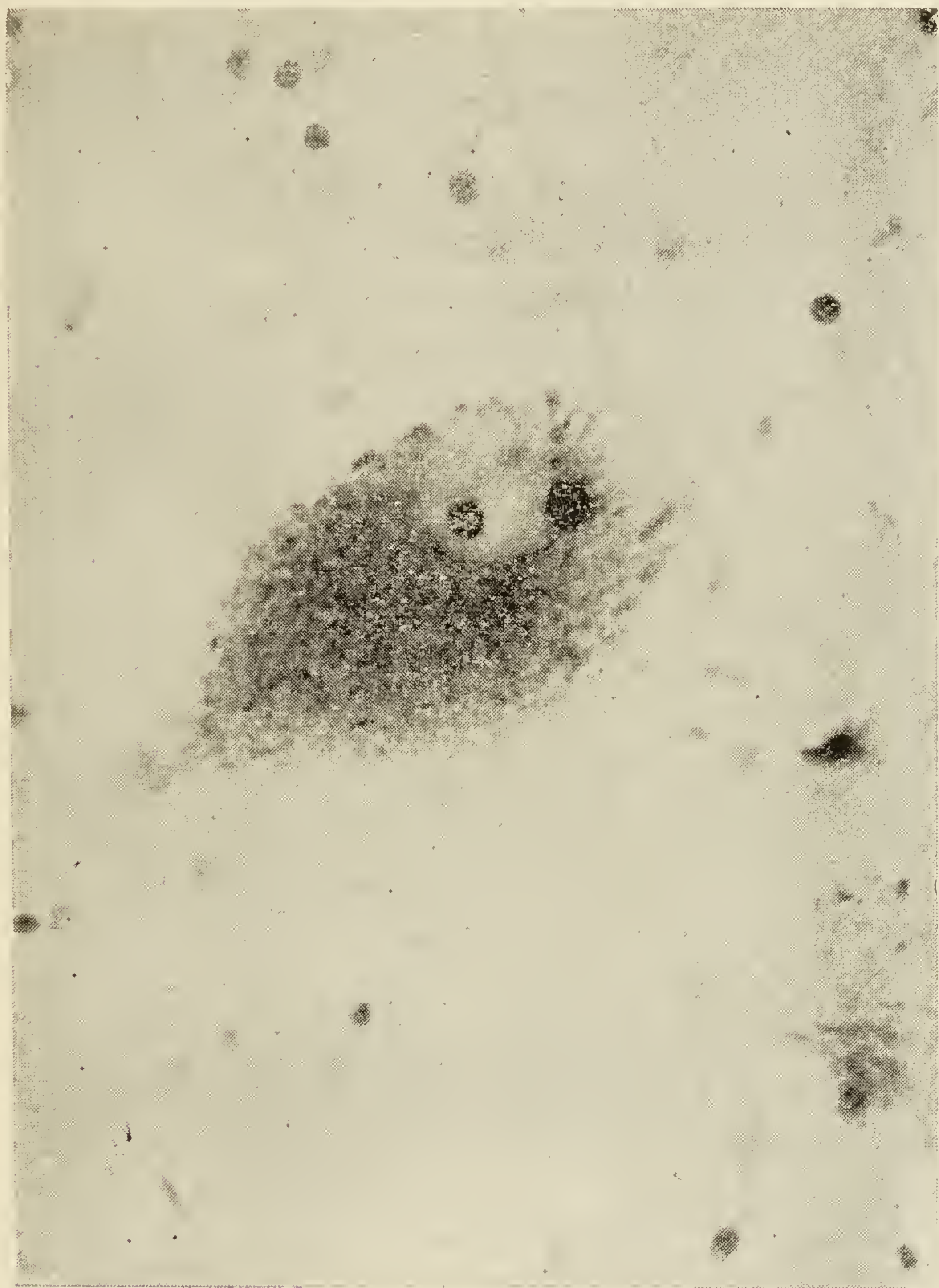


Fig. 9

de meningitis purulenta, queda aislado, no habiéndome sido posible ponerlo en evidencia en otros puntos ni en ninguno de los otros casos.

Es muy común en las células ganglionares la degeneración pigmentaria. La célula es invadida por masas de pigmento amarillo verdoso, de la periferia hacia el centro, y otras veces el pigmento en granos muy finos forma un círculo alrededor del núcleo, dejando las células con sus huesos cromáticos bien coloreados.

En cuanto á las células de la médula, las lesiones observadas son lesiones de cromatolisis de fragmentación de la cromatina, de cromodifusión, de emigración del núcleo y á veces desaparición de la célula, ó degeneración pigmentaria.

En las células de los cuernos anteriores, se puede observar con mu-



Fig. 10

cha frecuencia una degeneración pigmentaria de las células, que invade á veces la mayor parte del cuerpo celular, que en algunas de ellas ha dejado emigrar el núcleo (fig. 8); otras veces, un proceso de cromatolisis lento, de paulatina rarefacción de los granos basófilos que invaden la célula de la periferia al centro, una especie de resolución de los husos ó corpúsculos de Nissl, que deja ver la sustancia fundamental amorfa ligeramente coloreada. En estas células que acusan

un proceso de destrucción crónica, se puede ver el núcleo en la periferia con sus contornos no bien delimitados (fig. 9).

Otras células se tumefactan, se coloran uniformemente; no se distinguen los granos cromáticos, ni la sustancia fundamental; en una palabra, hay un proceso de cromodifusión. El núcleo hace eminencia al exterior en un punto de la célula (fig. 10). En un período más avan-

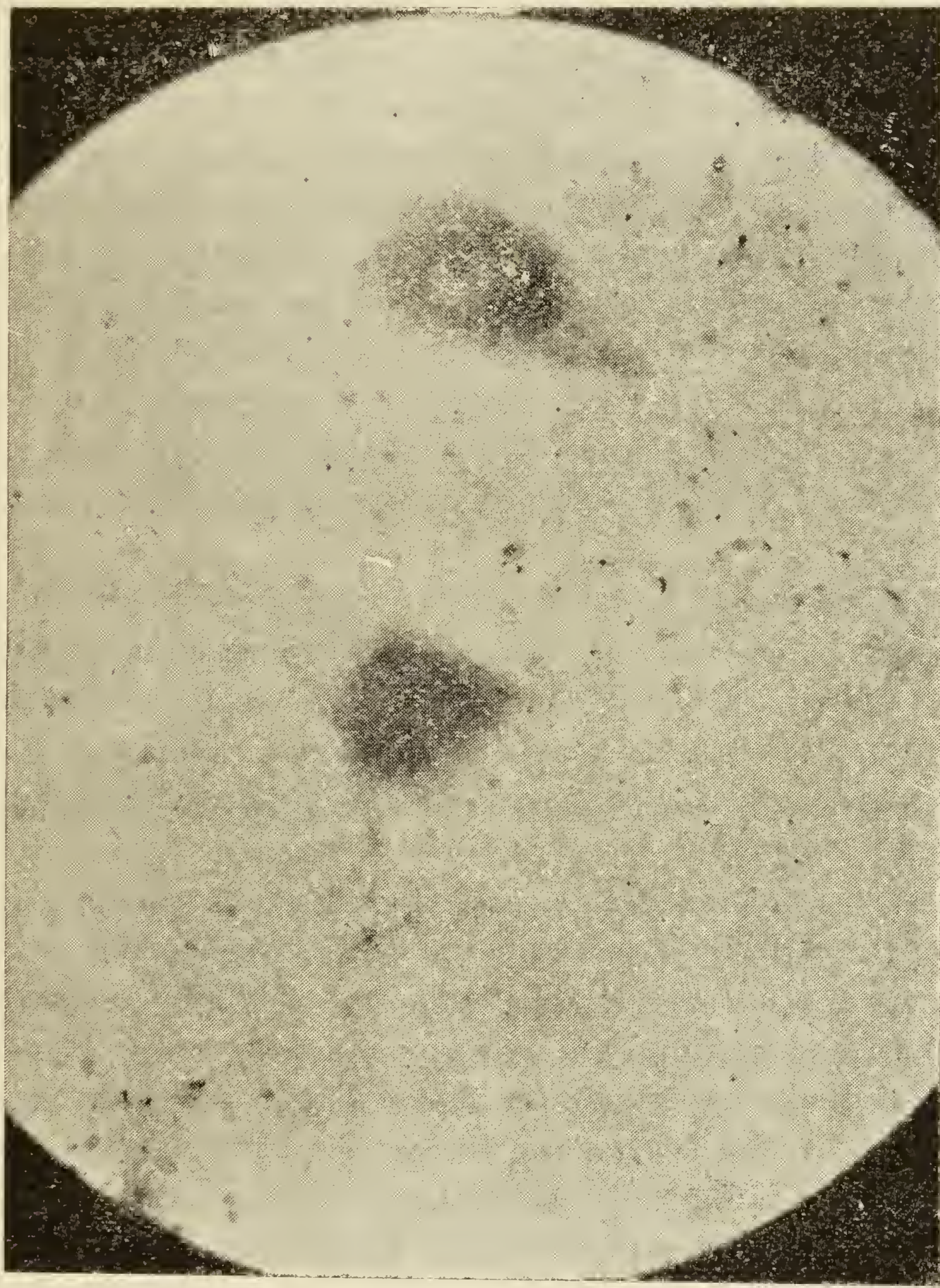


Fig. 11

zado, la cromatina se reabsorbe; el núcleo, de grande y tumefacto que era, se reduce y después desaparece, y todo el soma queda convertido en una mancha pálida, amorfa, destinada bien pronto á desaparecer (fig. 11).

Tales son las principales lesiones que pueden constatarse en las células nerviosas con el método de coloración de Nissl, que debo repe-

tirlo, son escasas en las células de los cuernos anteriores de la médula, muy comunes en las células de las columnas de Clarke, escasas también en las células ganglionares, sobre todo en las pequeñas células; pues las grandes células son interesadas con mayor frecuencia.

Para precisar el valor de estas lesiones que acabo de describir en la médula, en el núcleo del VI par y en los ganglios espinales, necesito entrar en algunas consideraciones que haré muy sumariamente. En primer lugar, este estudio nos enseña que el análisis con el método de Nissl confirma de una manera clara la ley ya enunciada por Leyden, que las lesiones tabéticas siguen el trayecto de las neuronas sensitivas. En efecto: vemos alteraciones en la raíz posterior, en las células de la columna de Clarke, punto de arborización de las colaterales medias, de las raíces posteriores, y observamos atrofia y desaparición de algunas células de los núcleos de Goll y de Burdach, punto de llegada de las colaterales largas que forman los cordones respectivos.

Sólo las células de origen de los axones, que forman los cordones posteriores de la médula, aparecen relativamente indemnes, ó más bien las lesiones encontradas en ellas no corresponden en absoluto á la intensidad de la esclerosis de los cordones posteriores. Esta constatación, en apariencia paradojal, puesto que apreciamos lesiones intensas de los cordones posteriores con lesiones escasas y difíciles de poner en evidencia en las células ganglionares, parece aún más inexplicable si se tiene en cuenta que de los nuevos conocimientos de la patología de la neurona se desprende la sensibilidad reaccional de la célula en las lesiones que afectan á cualquiera de sus prolongamientos, sea en el cilindro eje, sea en las dentritas, sensibilidad reaccional que se traduce por modificaciones estructurales apreciables al método de Nissl, como lo han demostrado Marinesco, Van Gehuchten y otros, y que tiene por objeto la reparación de las lesiones de su prolongamiento. Pero este hecho encuentra su aplicación en las experiencias de Lugaro, [34] confirmadas por Marinesco y Van Gehuchten, que reciben una constatación constante de la anatomía patológica en los casos de tabes; quiero aludir á las experiencias de estos observadores, en las

---

34. E. Lugaro—Sul comportamento delle cellule nervosi dei gangli spinale in seguita al taglio della branca centrale del loro prolongamento. Rivista di Patologia nervosa e mentale, 1896, vol. 1, fasc. 12.

que han demostrado que, mientras que la sección del prolongamiento protoplasmático puede traer una fuerte reacción de la célula nerviosa ganglionar, reacción que llega á veces á la destrucción celular, la sección de su prolongamiento medular deja á éste indiferente.

En cuanto á las lesiones de las células de las columnas de Clarke y de los núcleos de Goll, ellas son debidas seguramente á la falta de estímulo en que se encuentran estas células. Sabido es que reciben las sensaciones conducidas por los tubos nerviosos de los cordones posteriores, que dejan de funcionar ó funcionan de una manera deficiente en la enfermedad en cuestión, y que por consiguiente no tienen esta llegada constante de sensaciones que desempeña un verdadero papel trófico para la célula, según la mayoría de los autores (Marinesco, Lugaro, Goldscheider, Brissaud, Lenhossek, Van Gehuchten). No pudiendo funcionar ó funcionando insuficientemente, la célula nerviosa experimenta la degeneración, y tal es el estado que Marineseo llama «la degeneración neurótica», en que caen las neuronas que cesan de recibir las impresiones sensitivas á que estaban habituadas.

Como se ve por el examen histológico, aplicando solamente el método de Nissl, se puede llegar á las siguientes conclusiones, algunas ya sacadas por el examen de las degeneraciones con el método de Weigert y Pal:

1.º En el tabes, así como en el tabo-parálisis, las lesiones son escasas;

2.º Estas lesiones celulares asientan en los ganglios raquídeos la sustancia gris de la médula;

3.º En los ganglios intervertebrales, es muy poco el número de células alteradas, y las alteraciones son estados cavitarios, vacuolizaciones, fragmentación de la cromatina y emigración del núcleo á la periferia de la célula;

4.º En los ganglios, no hay desaparición aparente de las pequeñas células, ni hay preferencia en la destrucción por las células que ocupan la periferia del ganglio;

5.º Algunas células ganglionares son invadidas por una proliferación nuclear (leucocitos polinucleares), que producen una verdadera fagocitosis de la célula (hecho muy raro, sólo constatado en un caso);

6.º Las grandes células pequeñas no parecen disminuídas comparativamente á las grandes;

8.º Es muy difícil poder diseñar lesiones en la sustancia gelatinosa y esponjosa con el método empleado;

9.° En la sustancia medular de los cuernos anteriores, las lesiones son mayores en la médula lumbar que en la dorsal, y en ésta mayores que en la cervical y el bulbo, de modo que podría decirse que en los casos analizados, las lesiones que ha provocado el tabes en la sustancia gris de los centros nerviosos son mayores, mientras más inferior es la región examinada;

10. En los cuernos anteriores, se notan lesiones celulares que revisten un tipo no bien definido;

11. En las columnas de Clarke, se nota el máximum de alteraciones y en ellas es la degeneración ú atrofia neurótica;

12. En los cordones de Goll, hay una atrofia neurótica secundaria;

13. En los núcleos centrales de los nervios craneanos, no se encuentran lesiones, sino sólo en el caso de que el nervio esté lesionado;

14. En los otros núcleos bulbares, núcleos del mesocéfalo, diencéfalo y la corteza, no se observan lesiones;

15. En las células de los granos del cerebelo y en las células de Purkinje, no existen lesiones; la desaparición de algunas de estas últimas es muy rara;

16. Los núcleos centrales del cerebelo, núcleos del techo, núcleos globosos, oliva cerebelosa y bulbar, se hallan indemnes. [35]

BIBLIOGRAFÍA

1. Degenerationen der Vorderhornzellen des Rückenmarks bei Dementia paralytica.—Dr. H. Berger—Monatsschrift für Psychiatrie und Neurologie. 1898—Heft. I.

2. Ueber Nervenzellveränderungen des Vorderhorns bei Tabes. — Dr. Karl Schaffer—Monatsschrift für Psychiatrie und Neurologie—1898—Heft. I.

3. Cramer—Psychiatrischer Verein zu Berlin—Deutsche medizinal Zeitung 1894—N.° 56, p. 625.

4. Pierre Marie—Gazette des Hôpitaux 1894, 16 Janvier.

5. Démence consécutive au Tabes—Parisot—Revue medical de l'Est—1897, N.° 24.

6. Un cas de Tabes amyotrophique—Nevrite periphérique—Mirollie—XIII Congrès international de Médecine, Paris 1900.

7. Contribution a l'anatomie pathologique des Lésions Bulbaires dans le Tabes—Reusz, Archiv für Psychiatrie—1899, t. XXXII.

8. Tabes de la région dorsale avec lésions ascendants et descendants. Anatomie pathologique et symtômes, Klippel—Société de Neurologie de Paris 1900.

9. Recherches sur les lésions des cellules des ganglions spinaux dans le tabes—M. G. Marinesco—Société de Neurologie de Paris 1900.

---

35. N. B.—Me es muy grato atestiguar mi reconocimiento á mi maestro Jakob, Jefe del Laboratorio, por los consejos que he recibido en este trabajo y por su valioso concurso de las microfotografías que ha querido sacar según mis preparaciones.

10. Amyotrophies dans le Tabes dorsalis—M. M. F. Raymond y Ch. Philippe—Société de Neurologie 1902 et Congrès de Madrid 1903.
11. Contribution á l'anatomie pathologique du Tabes—Maragliano—Revista crítica de clínica médica—1901, N.º 28.
12. Etude sur la pathologie du Ganglion Ciliaire chez l'homme, particulièrement dans le Tabes et dans la paralysie générale, etc.—Alessandro Marina—Annali di nevrología 1901, fases. 3 et 4.
13. Duchenne (de Boulogne)—Arch. gén de médecine 1858, et janvier, février et mars 1859.
14. Romberg. Lehrbuch der Nervenkrankeiten, 1851.
15. Bourdon et Luys—Arch. gén. de médecine, 1861, et Oulmont et Luys. Soc. méd. des Hôpitaux, mars 1862.
16. Ch. Philippe—Tabes Dorsalis, 1897—Th. de Paris.
17. Vulpian—Maladies de la Moelle 1879.
18. Leyden—Die graue Degeneration der hinteren Rückenmarksstrænge, Klinisch bearbeitet—Berlin 1863.
19 Leyden—Real Encyclopædie der gesammten Heilkunde, 1.er Auflage. Separat Abdruck, 1893 (S. 12, u. 54) 2ª Auflage, 1889 (S. 429—30—465).
20. Schultze—Beitrag zur Lehre von den secundären Degeneration in Rückenmarke des Menschen nebst Bemerkungen ueber die Anatomie der Tabes—Arch. für Psychiatrie. Bd. 14, 1882-83.
21. Dejerine—Méd. moderne 1890.
22. Redlich—Die interen Wurzeln des Rückenmarkes, und die pathologische Anatomie des Tabes dorsalis—Jahrbücher für Psychiatrie 1892.
23. Redlich und Obersteiner—Ueber Wesen der Pathogenese der tabischen Heinterstrangsdegeneration—Vorlängige Mittheilung, 1894.
24. Babinski—Gaz. Hebd 1891.
25 Wollenberg—Untersuchung über die Spinalganglien bei Tabes—Arch. für Psychiatrie und Nervenkrankheiten, 1892.
26. Lapinsky—Lésions du Neurone moteur dans le Tabes—Questions (Russes) de médecine neuro psychique, 1902, t. VII.
27. Alterations des ganglions Rachidiens dans le Tabes—M.M. André Thomas et Georges Hauser—Société de Neurologie 1904.
28. Strœbe—Veränderung der Spinalganglien bei Tabes dors.—Neurologisches Centralblatt 1894.
29. Oppenheim und Siemerling—Beiträge zur Pathologie des Tabes—Arch. für Nervenkrankheiten 1897.
30. V. Babes et F. Kreumitzer—Arch. des sciences médicales 1896.
31. Schaffer—Neurologisches Centralblatt 1898, N.º I
32. Carl. D. Camp—Muscular atrophy, dégéneration of the Trijeminus nerve and of the lateral columns and anæmic changes in the spinal cord occuring in the tabes dorsalis—University of Pensylvania medical Bulletin 1905, N.º II.
33. Juliusburger und Meyer—Neurologisches Centralblatt 1898, N.º 4.
34. Nageotte—La lésion primitive du tabes—Soc. anat. 1894.
35. Carl Weigert—Bemerkung über eine Kleinhirnveränderung bei Tabes dorsalis—Neurol. Centralblatt 1904.
36. Un cas de Tabes amyotrophique par névrite periphérique—Ch. Mirallie.
37. Meller—Anatomie pathologique tu tabes dorsal—Sociétés Savantes, 1892.
38. Reusz—B. z. path. Anat. der Bulbärerkrankungen bei Tabes — Arch. für Psychiatrie 1899, t. XXXII.

39. G. MARINESCO—Recherches sur les lésions des cellules des gangliones spinaux dans le tabes—La Presse Médicale 1901.
40. M. DINKLER—Tabes dorsal syphilitique au debut—Sociétés Savantes 1892.
41. DARKSCHEWITSCH—Sur la nature des modifications de la moelle épinière dans le tabes—Sociétés Savantes 1897.
42. La manière d'être des cellules des ganglions-spinaux dans le tabes éclairée par la methode de Nissl—Neurolog. Centralblatt 1897—XVII.
43. KLIPPEL—Coupes de la moelle dans un cas de Tabes—Société Savantes 1900.
44. CH. DANA (de New York)—Du tabes dorsal—Medical Record 1899.
45. CHRETIEN et THOMAS—Une forme spécial de tabes amyotrophique — Revue de Médecine 1899.
46. Influence des recherches récentes concernant les ganglions des racines postérieures sur l'étiologie du tabes dorsalis—R. G. ROWS—The Journal of Mental Science 1902.
47. MM. THOMAS et G. HAUSER—Lésions des cellules des ganglions spinaux dans le tabes—La Presse Médicale 1902 et 1904.
48. E. DE MASSARY—Le tabes—Dégénérescence du protoneurone centripète—Th. de Paris 1896 et La Presse Médicale 1903.
49. DILLER—The association of tabes and paralytic dementia—Medical Record 1895.
50. P. MARIE et G. GUILLAIN—Pathogénie du tabes dorsal—Société Med. des Hôpitaux 1903 et Revue Neurologique 1903.
51. NAGEOTTE—Tabes Dorsal—Pathogénie—La Presse Médicale 1902 et 1903.
52. E. LUGARO—Sul comportamento delle cellule nervosi dei gangli spinale in seguito al taglio della branca centrale del loro prolongamento—Rivista di Patologia nervosa e mentale, 1896, vol. 1, fasc. 12.

Contribuição para o estudo do mormo no homem

POR EL

Dr. João Moniz Barreto de Aragão (DE RIO DE JANEIRO)

(ESTUDOS FEITOS NO LABORATORIO MILITAR DE BACTERIOLOGIA)

Pasteur e os seus sectarios, após acuradas e demoradas experiencias, vieram traçar á pathologia uma nova directriz, contribuindo assim para o esclarecimento de uma das suas partes, até então obscuras:—o estudo dos infinitamente pequenos,—fazendo desapparecerem nas espessas trevas da antiguidade, as velhas hypotheses da influencia mysteriosa do genio epidemico.

O estudo da pathologia experimental e positiva se tornou, d'ahi para cá, uma verdade, por assim dizer palpavel, e para cuja evidencia não ha contestação.

O desejo de estudarmos os segredos, divulgados por tão eminentes mestres, levou a nossa actividade para esse ramo da sciencia, que cada dia vai enriquecendo os seus insignamentos com conquistas novas e surprehendentes. É ella que vem com o seu concurso resolver os mais difficeis problemas que atrapalhavam os diversos ramos das sciencias medico-cirurgicas.

É ella que vem com o seu concurso em auxilio da hygiene, fazendo-se indispensavel complemento desta.

Animado pelas sabias lições de tão arrojados conquistadores, impulsionado pelos seus admiraveis insignamentos e fascinado pelo desejo de contribuir, com algum trabalho, á medida das nossas parcas forças, para o seu continuo evoluir, encetamos essa tarefa, apresentando-vos um ligeiro esboço de um caso clinico que se nos deparou em os nossos estudos de bacteriologia e microscopia clinicas.

Dentre as entidades pathogenicas, transmissiveis dos irracionaes ao homem, se distingue, pela sua virulencia e gravidade,—o mormo.

Esta molestia, considerada por muitos, e por muito tempo, como não transmissivel, teve fortes adeptos e funestas consecuencias; e, só muito depois, a após innumeras provas do contagio do mal, dos estudos da anatomia-pathologica, do isolamento e cultura do agente causal, foi que vieram a ter a convicção da transmissibilidade do mal, derrocando-se assim a erronea opinião ainda assente.

Apezar de nos constar ser commum o mormo nesta capital, na especie equina e na asina, não é, entretanto, elle aqui frequente na especie humana, pois tivemos o trabalho de correr todos os Boletins demographo-sanitarios desde 1893 até a presente data, sem encontrarmos referencia alguma a casos desta molestia, a não ser omissão dos mesmos, o que não é crivel, attendendo aos cuidados que presidem á confecção dos ditos Boletins e á sua intelligente direcção. Citamos, comtudo, as seguintes opiniões, que julgamos muito criteriosas.

Diz o Dr. Juliano Moreira, em uma communicação feita, de um caso de farcina chronica, terminado por mormo agudo, á Sociedade de Medicina e Cirurgia da Bahia, em 1892, e publicada em os annaes da mesma Sociedade:

«Entre os doentes que, aos meus primeiros passos, no exercicio da profissão, fui obrigado a medicar, ha um que, mais que todos, tem o privilegio de manter-se tenaz na minha lenbrança, em permanente destaque, sempre a despertar-me a idéa de que, provavelmente, a molestia de que elle soffria, é frequentemente causa, um tanto despercebida de morte».

A proposito de um caso de mormo chronico terminado pela morte assim se exprime o Dr. M. Sieur, Major-Medico de 1.ª clase do Hospital de Dey (Algeria).

«Si l'on en juge par les comptes-rendus de la *Statistique médicale de l'armée*, la morve serait presque inconnue, chez nos soldats. Mais, en raison de la variété de formes qu'elle peut revêtir, nous nous demandons si parfois, en l'absence de données etiologiques assez nettes, elle n'est pas méconnue et confondue avec des maladies infectieuses banales».

Entretanto, a 15 de junho do corrente anno, no desempenho da nossa funcção de Auxiliar-technico do Laboratorio Militar de Bacteriologia, tivemos a requisição do Hospital Central do Exercito, de fazer o exame microscopico e bacteriologico do liquido dos abcessos que apresentava o soldado José Gaspar dos Santos, que os clinicos d'aquelle Hospital haviam isolado, na supposição de se tratar de um caso de farcina aguda.

O caso clinico, em a nossa opinião humilde, era clarissimo e não deixava duvida. Ainda mais convencido ficámos pela coincidencia dos symptomas apresentados neste, com os de um outro visto por nós na capital do Estado da Bahia, onde os diversos clinicos a examinarem o doente foram accordes en diagnosticar—mormo.

O quadro clinico do doente do Hospital Central era o seguinte:

—O soldado José Gaspar dos Santos, com 19 annos de edade, de côr preta, natural do Estado do Rio, do 1.º Regimento de Cavalla, ria, *residente no quartel* do mesmo, baixou ao Hospital no dia 6 de junho, com 38° de temperatura axillar, queixando-se de insomnia, mal estar, anorexia, prostracção, dôres articulares y musculares, conservando-se esses symptomas geraes de infecção, um pouco mascarados até o dia 15, quando tomaram um caracter mais significativo levando os facultativos, á cuja guarda se achava o doente, a pedirem o exame de liquido dos tumores apparecidos.

Apresentava então o enfermo dous grandes abcessos nos cotovellos, e que já haviam sido incisados, abcessos multiplos sub-cutaneos e indoloros, erupção pustulosa por toda a superficie do corpo e mais pronunciada no thorax, delirio, febre alta, anorexia, dejecções involuntarias,—estado geral grave.

Foram esses os principaes dados que podemos colher do nosso doente, não nos podendo elle fornecer mais nem um outro, em vista do seu estado grave, vindo a fallecer dous dias depois.

Recapitulemos e confrontemos:

Um doente que apresenta, após os symptomas geraes de uma infecção, abcessos phlegmonosos na região do cotovello, abcessos multiplos por todo o corpo, insensiveis á pressão, erupcção pustulosa por todo o corpo, em estado grave, com delirio, e sendo o portador destes symptomas, um soldado de Cavallaria, não levaria qualquer neophyto em clinica a suppôr um caso de mormo?

O professor Nicolle, no seu tratado de technica microbiologica, diz, á pag. 529:—«em presença de toda affecção mucosa ou cutanea grave, cuja naturaleza seja duvidosa, importa procurar o bacillo do mormo. Esta pesquiza é tanto mais particularmente indicada, quando o doente se achar, pela sua profissão, em contacto com os cavallos».

A indicação do exame se impunha, e nós, recolhendo por meio de uma seringa esterilisada de Lüer, o liquido de um dos tumores que se achavam com franca fluctuação, o espalhámos sobre laminas, fixámos, e corámos algumas pelo Kühne, e outras pelo Löffler, enconrando sempre o bacillo.

Sendo, porém, muito rara a presença do bacillo de Mallei, nos productos mormosos do homem, no exame microscopico, e baseado na propriedade que elle goza de *não tomar o Gram*, e para maior certeza, tratámos duas laminas por este processo, e *elle se não corou.*

Não ficaram ahi as nossas pesquizas: fizemos ainda duas culturas em batata, na temperaturade 37°, por ser esta a mais favoravel para o desenvolvimento do germen, preferindo nós este meio de cultura ao da gelose glycerinada, onde o germen se desenvolve tambem abundantemente, por nos parecer que, sendo ambos os processos bons, é preferivel, ainda assim, o da batata, por apresentar um aspecto macroscopico mais interessante e caracteristico. Appareceram no fim de 36 horas os primeiros indicios do seu desenvolvimento, isto é, uma camada amarella, delgada e transparente, cobrindo a superficie da batata onde fizemos a cultura. Esta camada se foi cada vez tornando mais caracteristica, até que tomou a côr de chocolate no fin dos 8 primeiros dias.

Destas culturas fizemos duas preparações em laminas que, tratadas pelos methodos de coloração acima citados, revelaram a presença de grande numero de bacillos do mormo, e uma inoculação em cobaya, por injecção intra-peritonial, mostrando-se ella triste e apresentando um entumecimento dos testiculos, augmentando estes gradativamente até tomarem um volume consideravel, ao passo que, em roda do ponto em que injectámos, se formavam nodulos que, augmentavam e que no fim de 20 dias se abcedaram, cicatrizando após, sem

que a cobaya viesse a fallecer. Com a abcedação os symptomas geraes foram desapparecendo e a cobaya se restabeleceu, embora fossem encontrado bacillos no puz dos seus abcessos.

Do puz destes abcessos fizemos novas culturas em batata, sendo o resultado analogo ao da primeira cultura. Fizemos tambem, da primeira cultura, depois de 25 dias, inoculação em outra cobaya, e esta apenas apresentou inflammação nos testiculos, que, a principio, pareciam querer abcedar-se, o que, entretanto, se não deu, vindo a cobaya a se restabelecer, sem outra reacção.

Desejavamos continuar os nossos estudos sobre o caso presente, mas a ordem, imprevista, da mudança do nosso Laboratorio para o Hospital Central do Exercito, veiu interrompel-os, não podendo depois continuar em virtude da quasi nulla confiança que nos poderiam trazer exames feitos com productos que haviam sido privados de certos cuidados que exames desta natureza requerem.

Não precisavamos nada mais accrescentar para darmos a convicção a quem quer que seja, que o caso descripto e estudado é de farcina aguda. Porém, para não parecer que nos precipitámos nas nossas conclusões, perguntamos:

—Com que outra molestia de origem microbiana se poderia esta confundir?

Esta fórma aguda, a par da conhecida profissão do individuo, não deixaria a menor duvida neste caso, logo que os signaes caracteristicos da infecção tornaram-se mais accentuados.

Porém no principio, aos primeiros symptomas, o diagnostico era difficil, e a molestia se poderia confundir com a febre typhoide e o rheumatismo agudo. Diz o professor Brouardel: «teremos em o nosso auxilio: a marcha da temperatura, a predominancia dos accidentes gastro-intestinaes, as congestões pulmonares, que são phenomenos tardios no mormo e precoces na febre typhoide. Com o rheumatismo agudo, a confusão se póde dar, porém é ella de pouca duraçao, pela crescente dissimilhança entre as duas molestias, ao progredir da sua evolução».

A confusão, após a formação dos abcessos, se póde dar: com uma infecção purulenta, quer seja ella primitiva, traumatica, ou consecutiva, como acontece aos individuos cacheticos e aos convalescentes de febres graves. Diz ainda o professor Brouardel:

«A confusão se dá, principalmente, como os casos de pyohemia expontanea, descriptos por Jaccoud sob o nome de *Maladie de Colles*».

Porém, deante do exame microscopico e bacteriologico, que põem em evidencia as propriedades biologicas, morphologicas e de inoculação, não póde subsistir a menor duvida.

E assim que, pela morphologia, (exame microscopico) os agentes pathogeneos apresentam fórmas tão differentes, que é impossivel a subsistencia de qualquer suspeita. Ainda mais, o bacillo de Mallei não toma o Gram, e os outros tomam. As culturas nos mostram que o bacillo do mormo é *aerobio*, visivelmente movel, que se desenvolve mal na temperatura normal, precisando de 37º para se poder desenvolver. As culturas obtidas na batata teem caracteres microscopicos e evoluções bem distinctos, ao passo que, as culturas do estreptocco e as do estaphylococco aureo, se podem desenvolver na temperatura de 16º a 18º os primeiros, e de 18º a 20º os segundos, e mais rapidamente de 30º a 35º. Podem ser cultivados en presença do oxygeneo ou não. As culturas do estreptococco na batata se desenvolvem mal, sob a fórma de uma camada extremamente delgada e difficilmente visivel. As do estaphylococco aureo tomam um tom amarello ou alaranjado, e desprendem um cheiro acre, de fermentado.

As propriedades biologicas do Mallei se differenciam muito das do estreptococco e das do estaphylococco. A intensidade e duração da virulencia do primeiro, ainda é discutida pelos diversos autores que o têm estudado; uns querem que elle a perca em poucos dias, e outros querem que ella perdure por 2 e 3 mezes; o que, entretanto, nos parece, pelo nosso estudo, é que ao 25º dia elle ainda a conserva, embora já diminuida.

A do estreptococco varia, ora com sua origem, ora com o meio no qual é cultivado. É assim que, em culturas pelo meio Marmorek, elle guarda virulencia por muito tempo e por outro qualquer elle a perde logo.

A do estaphylococco pyogenes aureus conserva a sua virulencia por muito tempo, e nada soffre com o resfriamento a 8 gráos.

O bacillo de Mallei é facilmente destruido pelos antisepticos; o estreptococco é exterminado facilmente pelos antisepticos tamben, mas, quando revestido de uma camada albuminoide, como acontece nos liquidos pathologicos, a sua resistencia é grande aos agentes chimicos e physicos.

O estaphylococco tem uma resistencia relativamente grande aos agentes chimicos.

Achamos que não deixa cousa alguma a desejar, o diagnostico differencial, pelo exame microscopico e pelo bacteriologico, entre o mormo e a infecçao purulenta, a *Maladie de Colles*, e mesmo entre a erysipela, em que, além da distincção na marcha e evolução do mal, ha mais os caracteres differenciaes offerecidos pelos exames acima citados, pois

é sabida e conhecida a origem microbiana deste mal, cujo agente pathogeneo é estreptococco. Fica mais uma vez provado que, o criterio mais seguro para o diagnostico do mormo, é os exames acima referidos·

Não precisamos nos estender mais na differenciação do mal em questão com outros que possam parecer em condições de confusão com elle, como por exemplo: as phlebites das veias da orbita e face, cujos symptomas poderiam estabelecer duvidas sobre o caso, si não houvesse a presença dos abcessos multiplos e erupção pustulosa sobre o corpo, etc., no mormo, além do que e exame micro-bacteriologico as faria desapparecerem. Com que molestias ainda poderia haver confusão sobre o diagnostico? Variola, erupções pustulosas do impetigo, ecthyma? Ainda aqui a marcha e a evolução da molestia a fariam desapparecer, caso não tivessemos os dados fornecidos pelo exame micro-bacteriologico.

Ainda poderia haver duvida com certas molestias, como sejam: as manifestações syphiliticas e tuberculosas, o lupus, etc. Isto só se poderia dar com a falta do exame micro-bacteriologico, e si estivessemos nos occupando de um caso de mormo chronico, e não de um de mormo agudo.

Tendo-se dado este caso de mormo entre nós, onde a peste ainda existia, em pequena escala, é verdade, poderia se estabelecer a confusão entre o caso em estudo e a peste? Achamos que não; não só pela evidencia dos exames micro-bacteriologicos por nós feitos, como tambem pela succesiva manifestação dos symptomas de um e de outra. Associado a esses meios de differenciação ainda havia o historico do nosso doente.

Pensamos nós que, deante do exposto, não pezará duvida no espirito de quem quer que seja, sobre que o caso apresentado no correr destas linhas é de mormo, ou antes, obedecendo á praxe,—de farcina aguda. Aqui perguntamos: para que duas denominações differentes para a mesma entidade morbida, si em qualquer dos casos é ella produzida pelo mesmo agente pathogeneo, si os caracteres são os mesmos, quer os de uma, quer os de outra manifestação? O proprio Brouardel, que estuda as quatro manifestações, isto é, a farcina aguda e a chronica, o mormo agudo e o chronico, aquellas quando predominam os accidentes externos e cutaneos, e estas, quando predominam os accidentes do aparelho respiratorio, diz:

«Para *obedecer ao* uso estudaremos successivamente cada uma destas fórmas; mas, é preciso notar bem que, de facto, o mormo e a farcina evoluem associados, emquanto que as fórmas chronicas são maioria das vezes farcinosas».

O Dr. A. de Barros Leite em a sua these, pag. 5, cita: «White (A Treatise on Medicine Veterinay, tom. III, etc.), em algumas das suas experiencias, e principalmente na primeira, conseguiu o laparão depois de ter inoculado puz mormoso. E. Girard publicou um importante trabalho em que demonstra que as causas especificas, como as geraes do mormo e do laparão, são absolutamente as mesmas. Albigaard e Viborg referem a Husard (Inst. Vet., tom. V, pag. 349) as experiencias feitas na escola veterinaria de Copenhague, as quaes demostram a identidade de causa no mormo e no laparão. Jolivet e Colemann inocularam puz resultante de botões laparanosos, e conseguiram o mormo. Tambem a escola de Lyon (Comptes rendus de l'école veterinaire de Lyon), por numerosas experiencias provou a sua identidade. Girard exagerando a identidade do mormo e do laparão, diz: «La morve n'est que le farcin dans les fosses nasales. Les boutons et les élevures de la pituitaire sont une même lésion; l'ulcérations sucède à l'un et à l'autre».

«Poderiamos multiplicar factos que tendem a demonstrar que o laparão não é uma molestia distincta do mormo, porém uma variedade que exprime uma acção menos intensa do agente mormoso, e que deu logar por isso a essa manifestação menos grave.

«As manifestações são diversas, segundo a energia com que o agente actua, segundo outras condições individuaes; porém é sempre o mesmo agente produzindo uma ou outra lesão. O laparão é uma expressão do agente mormoso, mas não uma entidade morbida distincta».

Embora o nosso doente não tenha apresentado perturbação no apparelho respiratorio, todavia não ha neccessidade de duas denominações para differenciar as manifestações deste mal; porém, como em nada alteram, quer para o conhecimento e diagnostico, quer para o tratamento que ainda jaz para ser descoberto, não nos demoramos para demonstrar a sem razão das duas denominações. Apezar disso tornemos bem saliente que ambas são devidas ao bacillo de Mallei e são uma e mesma entidade pathologica que, encontrando terrenos diversos e de resistencias variaveis ao seu desenvolvimento, e penetrando no organismo por vias differentes, ataca este ou aquelle ponto onde a resistencia lhe é menor, e determina esta ou aquella manifestação. As condições organicas variando de individuos a individuos a virulencia do bacillo póde ser maior ou menor, actuando com intensidade variavel, e, nestas condições ataca orgãos differentes, sem que perca os seus caracteres individuaes.

Quando em meio desta jornada, foram os nossos serviços nova-

mente reclamados no Hospital Central do Exercito, afim de examinarmos os productos dos abcessos de um soldado, que o seu medico assistente julgava atacado de mormo.

—A 25 de agosto baixa ao Hospital o soldado do 1.º Regimento de Cavallaria, Francisco de Andrade, de 24 annos de edade, natural do Rio Grande do Sul, solteiro e de côr preta, apresentando os caracteres geraes de uma infecção.

A 2 de setembro.—Aggrava-se o seu estado, apresentam-se dous phlegmões profundos; um, no terço medio da perna esquerda; outro, na face posterior do terço superior do ante-braço esquerdo. É transferido, a pedido do seu medico assistente, da enfermaria de medicina, para a de cirurgia.

A medicação até hoje, se tem apenas limitado a combater os symptomas que se iam apresentando no decorrer da infecção.

4 de setembro.—São abertos, a thermo-cauterio, os dous phlegmões. Temperatura axillar 40º; pulso 90. Foi pedido o exame micro-bacteriologico. O resultado do exame bacterioscopico é positivo, o do bacteriologico nos occuparemos opportunamente.

As informações fornecidas então pelo doente, são confusas e contradictorias, confessa ter tido molestias venereas, sem precisar o tempo en que as teve, e o tempo da cura. Perguntado por nós, declara ter estado en contacto com cavallos doentes, porém que estes são logo isolados quando considerados atacados de qualquer mal.

Apresenta elle emmagrecimento, certa languidez, se mostra un pouco indifferente, se queixa de insomnia, anorexia, apresenta pelo corpo diversas pustulas. Estado geral grave, a temperatura oscilla entre 39º e 39.8.

Medicação: agua de Vichy, injecção de 100 gr. de soro artificial, outra de solução de 1 gr. de collargol en 100 grs. de agua esterilisada,—magnesia fluida com noz-vomica.

9 de setembro.—Calomelanos e lactose ãa 4 centigr. em un papel, 12 como este, para tomar um, de 2 em 2 horas.

10 e 11 de setembro.—A mesma medicação dos dias anteriores, menos injecção de collargol e o calomelanos.

12 de setembro.—Temperatura a 39.8, quando na vespera havia estado a 38º.

13 de setembro.—Temperatura 40º, pulso 95. Estado geral estacionario.

14 de setembro.—Idem.

15 de setembro.—Abertura de 3 abcessos; um, profundo, no coto-

vello direito, outro, superficial, na parte externa do terço superior do ante-braço direito, e o último muito profundo e pequeno na face posterior do terço medio do antebraço esquerdo.

16 de setembro.—Desce a temperatura a 37°. Injecção de soro physiologico, a mesma medicação, alternando magnesia fluida, antiphyrina, agua de Vichy, collargol, esparteina.

17 de setembro.—Temperatura 40°, pulso 90.

18 de setembro. Novo abcesso no terço medio do braço esquerdo, incisão do mesmo. Baixa a temperatura a 37.8.

19 de setembro.—Temperatura 40°. A mesma medicação e mais champagne, iodureto de potassio, injecção de bi-iodureto de mercurio.

De 20 a 22 de setembro.—A temperatura desce gradativamente até 37°. O doente se sente melhor, alimenta-se bem.

23 de setembro.—Aggravam-se os seus soffrimentos, sóbe a escala thermometrica a 40°.

24 de setembro.—Phlebotomia no braço direito; são retiradas 100 grammas de sangue e injectadas 300 grammas de soro physiologico.

25 de setembro.—Apresenta melhoras; desce a temperatura a 37.4. A medicação continúa a mesma, o estado do doente parece dar alguma esperança; diz elle se sentir melhor.

Com estas melhoras atravessa elle de 25 de setembro a 4 de outubro.

As feridas produzidas pelas incisões, vão em via de cicatrização.

5 de outubro.—Nova subida da escala thermometrica a 40°, pulso 90. O doente se queixa de anciedade, dôres pelo corpo, anorexia, e se mostra um pouco indifferente, abstracto.

6 de outubro.—Accentuam-se as dôres nas articulações dos joelhos; o estado geral do doente se aggrava. Temperatura a 40°, pulso pequeno e fraco. Arthrotomia, sendo retirado um liquido que examinado não revela nem a presença do Mallei, nem a de outros germens.

Desce a temperatura á 39.8. Continúa a mesma medicação, e sem alteração passa elle de 6 a 14 de outubro.

Nessa data se eleva a temperatura; novo abcesso no ante-braço esquerdo.

15 a 18 de outubro.—O seu estado geral não apresenta manifestação alguma para peior; o doente até parece animado.

19 de outubro.—Peiora sensivelmente, estado geral máo, dejecções involuntarias, não se quer alimentar, está muito abatido e se queixa de novas dôres pelo corpo. Estes symptomas se vão cada vez aggravando mais nos dias consecutivos.

22 de outubro de 1905.—Fallece o doente tranquillamente, zombando a molestia de todos os esforços empregados pelo seu incansavel medico assistente Dr. Adelino Pinto.

Vejamos o que se passou no nosso exame bacteriologico: Como referimos, foram positivos os exames bacterioscopicos feitos por diversas occasiões, tendo sempre tirado a contraprova com o Gram.

Pelos motivos allegados na nossa primeira observação, fizemos diversas culturas em batata a 37°, que se desenvolveram sempre apresentando os seus caracteres especiaes.

Ao mesmo tempo injectámos, em uma cobaya macho, 1/2 centimetro cubico do puz retirado de uma das pustulas quo o doente apresentava no terço inferior da perna esquerda. (Não será preciso que digamos que só foi o puz retirado, depois de raspada a região e lavada repetidas vezes com um asolução antiseptica).

Tres dias depois apresentava a cobaya a vaginalite caracteristica, morrendo no sexto dia após a inoculação. O exame do liquido retirado dos testiculos, revelou a presença do bacillo causal do mormo.

Autopsiado o animalzinho, notámos augmento de volume e congestão dos testiculos, o epididymo œdemaciado, peritoneo congestionado, hypertrophia do baço e figado invadidos por pequenos tuberculos miliares de centro purulento.

Com os productos da cultura, fizemos não só novas culturas em batata esterilisada, como tambem inoculámos mais duas cobayas.

Uma vem a morrer no dia seguinte, a autopsia nos revelou o augmento consideravel dos testiculos, pesando um só, quasi 3 grammas. O sangue deste animal é espalhado em laminas, fixado e corado, apresentava uns germens curtos e grossos, nos parecendo os da septicemia das cobayas; não tomaram o Gram. Faltaram entretanto outros caracteres que lhe são proprios.

O professor A. Besson diz que, quando se injecta uma dóse um pouco forte, a morte póde sobrevir no segundo dia, sem lesões nodulares, por septicemia.

A segunda cobaya inoculada seguiu a marcha typica do mal em experiencia, vindo a succumbir no 20 dia apoz a inoculação. A presença do bacillo de Mallei foi por nós verificada. A autopsia revelou quasi as mesmas lesões que as verificadas na cobaya inoculada com o producto da pustula do doente. Tendo feito varias vezes exame do sangue, do puz das pustulas do nosso doente e das diversas cobayas, chamamos a attenção para as estampas juntas, cópias das preparações.

—Cita o seguiente caso de mormo chronico, terminando com a morte, M. Sieur, major medico de 1.ª classe do Hospital Militar de Dey (Algeria).

«Le 20 septembre 1900, à Laghouat, en faisant l'autopsie d'un cheval que l'on suspectait atteint de la gourme, M. L.. , vétérinaire militaire, se fait une piqûre à l'index gauche. Cette plaie superficielle se cicatrise en quelques jours; mais, le 10 octubre, la cicatrice devient le siège d'une vive inflammation. La suppuration s'installe: la gaîne du fléchisseur de l'index est ouverte à deux reprises différentes; pas d'adenite ni de lymphangite; fièvre moderée. L'affection dure un mois environ et guérit avec conservation des mouvements de l'index.

Le 28 octobre, volumineux abcès musculaire du soléaire à la face interne du mollet gauche; incision, suppuration pendant trois semaines, sans fièvre ni réaction ganglionnaire.

«Le 20 novembre, phlegmon superficiel de l avant bras, remontant au 1/3 supérieur; incision de 6 centimètres sur la ligne médiane; phénomènes de névrite dans le domaine du médian (qui se traduisent actuellement par de l'hyperesthésie et des troubles trophiques dans le territoire de ce nerf) et, en même temps, névralgie violente du coté gauche de la tête et quelques accès de fièvre palustre (5 ou 6 au dire du malade).

«Vers le 16 décembre, apparition d'un abcès sousperiosté, au niveau du frontal à gauche; incision simple. Sur ces entrefaites le malade quitte Laghouat et arrive à Alger, avec un mauvais état géneral. Poids: 54 kilogrammes. Décollement étendu du perioste frontal, qu'un léger débridement n'ameliore aucunement.

«Le 2 janvier 1901, à table, le malade perd brusquement connaissance; crise d'épilepsie Jacksonnienne. Le malade ne peut donner aucun renseignement sur l'aura prémonitoire, ni sur les muscles atteints. Transporté à l'hôpital du Dey, il est opéré le lundi, puis de nouveau le 15 février 1901. Ces opérations semblent avoir consisté en une abrasion de la table externe du frontal. Entre temps, le malade avait eu un volumineux abcès sur la face interne de la cuisse droite, au niveau de la corde du grand adducteur. A l'examen du pus rétiré par l'incision, on ne trouve que du staphylocoque.

«En même temps, arthralgie du coté des deux genoux sans gonflement ni inflammation apparente, application de salicylate de méthyle. En fin mars, le malade retabli part en congé de convalescence jusqu'au mois de juillet; pendant cette période, rien d'anormal.

«Le 13 septembre 1901, le malade, en montant à cheval, se fait deux déchirures musculaires; l'une au grand droit de l'abdomen (coté gauche) au niveau de l'insertion de se muscle aux fausses côtes; l'autre au niveau du triceps brachial gauche, qui donne naissance à un volumineux abcès opéré à l'hôpital du Dey le 20 septembre, 15 jours après, on constate un point d'ostéite siègeant sur l'extrémité inférieure de l'humérus gauche, et on fait un premier curettage, au cours duquel on enlève une portion d'os necrosé appartenant à la face antérieure de l'humérus. En fin le 1er décembre, troisième curettage sans ablation de séquestre.

«Pendant ce temps, apparition de deux noyaux inflammatoires, l'un au niveau du couturier gauche (portion moyenne), l'autre dans le droit antérieur de la cuisse correspondante. Résolution après l'aplication de teinture d'iode. Le malade quitte alors l'hôpital du Dey, le 28 décembre, pour se rendre à la ville Furtado-Hein.

«Le 15 janvier 1902, on constate sous le triceps gauche un décollement qui est le siège d'un écoulement purulent assez abondant; aussi le malade est il obligé d'entrer au Val-de-Grâce le 17 février 1902. A cette époque, il existe au tiers inférieur du bras gauche, sur la face externe, une cicatrice à trois branches, rougeâtre, déprimée, surtout au niveau de la branche postérieure. Au point d'intersection, ouverture ovalaire, oblique de haut en bas et de devans en dehors, tapissée par des bourgeons charnus sur lesquels s'étable un pus jaunâtre, grumeleux, que l'on fait sourdre par pression. Le membre est très atrophié.

«Par la palpation, on constate que la cicatrice est adhérente aux plans profonds sur le pourtour de l'ouverture purulente at au niveau de ses branches. E paississement du tiers inférieur de l'humerus; pas de douleur à la pression. Atrophie marquée des muscles, surtout au niveau du triceps; à 12 centimètres de la pointe de l'olécrâne.

«Le bras droit mesure 26 centimètres de circonférence.

«Le bras gauche mésure 22 centimètres.

«L'avant-bras droit mésure 25 centimètres.

«L'avant-bras gauche mesure 22 centimètres.

«L'articulation du coude est saine, mais les mouvements sont limités par l'hyperostose qui envahit les segments osseux du voisinage; flexion à 45°, extension à 145°. Les ganglions axillaires sont indemnes; le ganglion sus-épitrochléen est seul induré. L'état général est satisfaisant.

«Le 21 février 1902, anesthesie générale; incision de 10 centimètres de long, dirigée suivant l'axe du membre, un peu en avant du bord externe de l'humerus et commençant à 2 centimètres au-dessus de l'articulation du coude; on la prolonge jusqu'a l'os et on tombe sur un tissu de consistence fibreuse qui n'est autre que le perioste épaissi. A ce niveau, il existe une encoche osseuse, qui est le réliquat des opérations antérieures. On rugine le perioste et on tombe sur un foyer d'ostéite rempli de fongosités; on les enlève à l'aide de la curette et la gouge. Mèches idoformées comme pansement.

«Le 22 février.—Bonne nuit, pas de douleurs ni de fièvre.

«23 février.—Léger accès de fièvre; T. 38, 4, ce matin 37°.

«24 février.—La fièvre à disparu; bonne nuit, pas de douleurs.

«26 février.—Douleurs intermittentes dans tout le membre, de l'épaule à l'extremité des doigts; 0.50 de quinine.

«27 février.—Les douleurs persistent, on refait le pansement; peu de pus; la plaie bourgeonne peu, l'os est douloureux à la percussion.

«2 mars.—Les douleurs diminuent de fréquence et d'intensité.

«5 mars.—Pansement au permanganate de potasse, la plaie bourgeonne bien, peu de pus.

«11 mars,—Les douleurs ont disparu au niveau de la plaie, mais il existe des points douloureux en dehors, et en arrière du bras.

«15 mars.—La plaie se resserre; pansement au styrax.

«18 mars.—Bain à l'eau oxygenèe; pansement humide au permanganate de potasse.

«19 mars.—On commence una série d'injections au cacodylate de soude; poids 65 kil. 500. Bain du bras à l'eau oxygenée; pansement au permanganate de potasse. Le pus provenant de la plaie a été ensemencé et inoculé à un cobaye; il a été trouvé stérile. La recherche du bacille morveux faite par M. le médecin aide-major Cornet, a été négative.

«20 mars.—Même pansement. On fait une prise de sang sur la

céphalique droite, et l'examen en est confié a M. le professeur Nocard. Etat général bon.

«Du 21 au 23.—Même pansement, la plaie se rétrécit lentement, mais les douleurs persistent et il y a profondement un peu de rétention de pus.

«26.—Après anesthésie, on fait une trepanation de la face externe de l'humérus à la gouge et au maillet; l'os est très dur. Pour mieux assurer le drainage, on fait une contreouverture de l'autre coté du bras, et on place un drain qui passe sous la face profonde du triceps. Les jours suivants, injections de cacodylate de soude. Pansement tous les deux jours, après bain dans l'eau oxygenée; la plaie donne peu de pus. Les recherches de M. Nocard sur le sang ont été negatives.

«11 mai—Même pansement toas les 4 jours; on a découvert aujourd' hui à la partie supérieure de la plaie, une petite esquille grosse comme un pois, de couleur nacrée.

«Depui hier, il existe dans la région calcanéenne interne du pied droit, à égale distancie entre la pointe de la malléole et le bord infériur du calcanéum, une rougeur large comme une pièce de 5 francs. Pas de tuméfaction apparente; douleur vive à la pression et très limitée au centre de la rougeur; pas de température. A l'incision, il s'en écoule une petite quantité de liquide séro purulent. Pansement sec; trois jours après, la plaie du pied est complètement cicatrisée.

«Le 29 mai—on explore au stylet la plaie du bras; on trouve un décollement assez étendu du coté de la face antériure du bras; mèche au sublimé dans la fistule et pansement serré.

«L'état du malade reste stationnaire jusq'au 14 juin, jour où il quitte l'hôpital de Val de-Grâce.

«C' est quelques jours plus tard, le 25 juin 1902, que nous sommes appelés à donner de soins a M. L.... L' état géneral est bon et, de tous les accidents qui viennent d'étre passés en revue, il ne reste qu' un foyer purulent au niveau de l'extremité inférieure de l'humerus. On note, immédiatement au desuss de l'épicondyle, une perte de substance du squelette suffisamment grand pour se traduire à l'œil par un enfoncement qui paraît d'autant plus considérable que le membre est d'une maigreur extrême. Au fond de cette espèce d'entonnoir existe l'orifice d'un trajet purulent, qui vients'ouvrir en dedans, après avoir croisé transversalement la face postérieure de l'humérus, passant outre l'os et la face profonde du triceps. Le trajet admet facilement un crayon d'iodoforme ordinaire et le pourtour de ses deux orifices présente des bourgeons jaunâtres, d'une vitalité très attenuée et d'une sensibilité telle que le moindre attouchement arrache des cris au blessé. La suppuration est d'ailleurs moderée et nulle part le stylet explorateur ne rencontre de surface osseuse denudée. Les mouvements de l'articulation du coude sont naturellement limités par l'épaississement de l'extrémité infériure de l'humérus et l'ankylose résultant de l'immobilisation à laquelle à été soumis le membre. C'est ainsi que la flexion dépasse à peine l'angle droit et que l'extension se développe suivant un angle de 120.º á 130.º.

«Nous nous bornons à faire un attouchement à la teinture d'iode et à appliquer un pansement salolé qui est renouvelé tous les quatre jours.

«D'autre part, le malade désirant reprendre son service, on l'y autorise en lui recommandant d'éviter avec le plus grand soin toute cause de fatigue.

« 6 juillet—Depuis quelques jours, douleurs sus-orbitaires gauches, d'abord sous forme de névralgie, puis réveillés uniquement par la pression. Immédiatement en dehors du trou sus orbitaire, tuméfaction du volume d'une noisette qui semble recouvrir une aiguille osseuse; ponction de la tumefaction qui est manifestement fluctuante; issue de pus blanc, épais, et injection de quelques gouttos de glycerine iodoformée. Un peu de réaction dans la journée avec léger œdeme palpébral, puis tout rentre dans l'ordre.

«15 Juillet—Localement la lésion du front semble stationnaire, sinon en bonne voie d'amélioration. Elle est moins saillante, toujours un peu fluctuante, mais nullement douloureuse. Du côté du bras gauche, amélioration progressive, état géneral excellent.

«22 Juillet—Le petit abcès frontal diminue de plus en plus; quant aux plaies du bras gauche, elles sont toujours le siège d'une hyperesthésie très marquée, et si certains points se cicatrisent régulièrement, il en est d'autres qui présentent des érosions semi-circulaires, à teinte jaune, indiquant la persistence de la virulence du germe infectant. On le touche au thermo cautère, ainsi que les bords de la plaie interne, qui sont doués d'une hyperesthésie particulièrement marquée.

«5 août—Le petit abcès sus-orbitaire est guéri; c'est à peine si l'on sent encore un peu d'induration; quant à la plaie du bras, elle s'épidermise progressivement, mais reste toujours trés douloureuse. Depuis huit jours, on panse à l'aide d'une mèche imbibée de glycerine iodée.

«23 août—Amélioration lente et progressive; seul le trajet postérieur du coude semble rester stationnaire. L'état général est excellent. On commence des pansements avec une solution de liquide glyceroiodotannique.

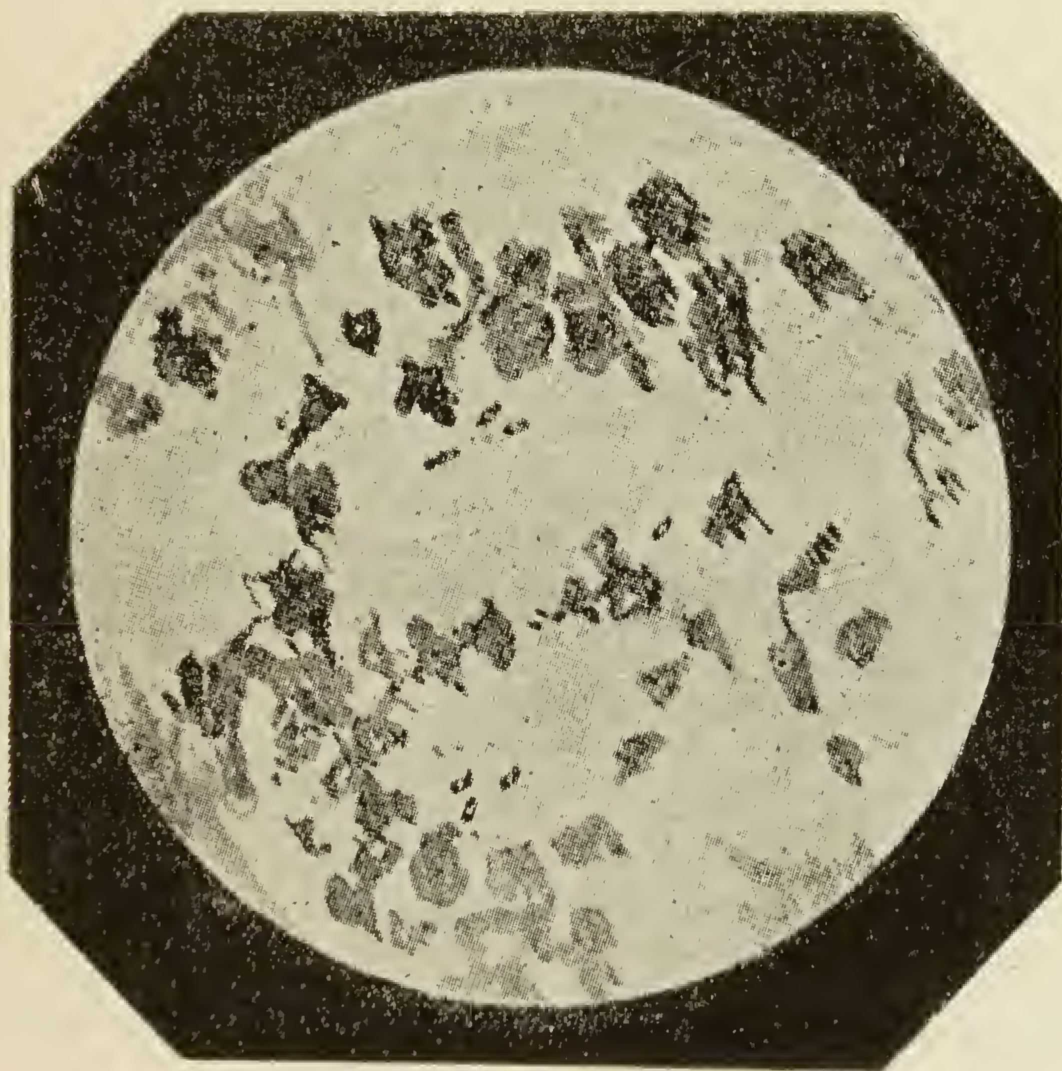
«25 septembre—La cicatrisation n'est qu'une question de jours, l'epidermisation de la lèvre postérieure de la gouttière est complète: celle de la gouttière antérieure se fait aussi; seul l'ancien trajet postérieur que servait au drainage ne se rétrecit que lentement. Le malade part aujourd'hui pour aller passer quelques jours à Orléans-ville.

«A Orléans-ville, sans cause appréciable, poussée inflammatoire avec douleurs propagées à tout le pourtour du bras gauche et surtout sensibilité trés développée au niveau des lèvres de la plaie; nouvelle amélioration et cicatrisation presque complète, vers le 10 décembre, quand une rechute se produit à l'occasion d'une injection de nitrate d'argent au 1/10. Nouvelle amélioration par application de pomade au benjoin et lorsque le malade part pour Blidah á la date du 13 janvier 1903, le trajet fistuleux du bras admet á peine un fin stylet.

«15 juillet.—Rentré d'une tournée d'achat de remonte qui a duré 6 mois avec séjour à Blidah, Bou Saada, Djelfa, Laghouat, etc. . . Durant toute cette période de courses pénibles, l'état général s'est maintenu satisfaisant, quant à l'état du bras il n'a pas varié Grâce à l'introduction d'une mèche de gaze, du volume d'une grosse plume de corbeau, il n'y a pas eu de rétention de pus, mais la cicatrisation n'a fait aucun progrès. L'emploi de vin aromatique, et même de sérum antistreptococcique ne donne aucune amélioration. Comme le malade désire en finir et demande une intervention, on décide son envoi préalable aux eaux de Barèges, se réservant de pratiquer un débridement vertical, si les eaux thermales sont impuissantes à tarir le trajet fistuleux. A la même époque (14 juillet), douleurs de la face interne du calcanéum droit, survenues sans cause apréciable, et à



Bacillos de Mallei. Puz dos abcessos



Bacillos de Mallei. Puz dos abcessos

quelques centimètres d'un ancien foyer de suppuration guérit rapidement après incision, au Val-de-Grâce. En 4 jours, le point douloureux se ramollit, on l'ouvre avec la point; du bistouri, et il en sort à peine une cuillerée à café de pus, renfermant des streptocoques. En 8 jours, cette petite affection intercurrente qui n'a eu aucun retentissement sur l'état général est guérie, et le malade quitte l'hôpital pour reprendre ses occupations habituelles.

«15 août.—Le malade, qui devait partir, il y a 3 jours pour Barèges, a été pris brusquement d'accès palustres graves, et l'examen du sang permet d'y constater la présence du parasite de Laveran. En même temps, apparaît du coté du genou gauche, ou plus exactement au niveau du tubercule osseux qui s'observe au niveau de chaque condyle fémoral, une douleur tellement vive qu'elle empêche tout sommeil et rend très pénible le plus léger attouchement. Les tissus mous ont cependant leurs caractères normaux et l'articulation n'est le siège d'aucun épanchemet. Traitement par la quinine à haute dose; applications iodées et injections de morphine *loco dolenti*.

«15 septembre.—Loin de s'amender, les accidents continuent, la température baisse un peu, mais les accès se reproduisent tous les 2 jours sans que la quinine, l'arsenic et les autres antithermiques puissent amener une modification appréciable. Du coté du genou, un nouveau point douloureux apparaît dans le creux poplité (portion fémorale) sans qu'on puisse constater d'infiltration ni d'inflammation des parties molles.

«Bientôt la douleur siégeant au creux poplité et sur la face externe du genou, se calme, mais celle du condyle interne augmente d'intensité, en même temps qu'il devient manifeste que ce condyle augmente de volume. D'ailleurs, on note une chaleur locale, sans rougeur ni infiltration de la peau, mais avec établissement d'un lacis veineux qui rampe sur toute la face interne du genou.

«30 octobre.—Amaigrissement général trés prononcé: accès fébriles bi-quotidiens, commençant parfois très tard dans la soirée, se prolongeant toute la nuit et atteignant 39°. Du côté du bras, le remplacement de la mèche par un faisceau de crins, dont on a progressivement diminué le nombre, a eu pour effet d'amener le rétrécissement progressif du trajet retro huméral. Les 2 derniers crins ont été retirés il y a deux jours, et ce matin l'orifice interne du trajet était fermé, et il n'existait qu'une gouttelette de pus à l'orifice externe. Du côté du genou, douleurs intermittentes, plutôt nocturnes, coincidant avec les accès fébriles et occupant surtout le condyle externe.

«L'extremité inférieure du fémur est notablement plus grosse que celle du côté sain et donne à la mensuration une augmentation de circonférence de 1 centimètre et demi. Les trissus mous sont toujours normaux et l'articulation indemne; il existe de nombreux ganglions inguinaux, mais ils sont à peine plus volumineux que ceux du côté opposé.

«L'examen radiographique, pratiqué à deux reprises différentes traduit cette augmentation de volume de l'extremité inférieure du fémur gauche, mais ne décèle aucun foyer d'ostéite raréfiante, ni aucun abcès intra-osseux. L'os est simplement moins transparent que le fémur opposé.

«Dans ces conditions, on ne saurait songer à une ostéite banale du fémur, il est plutôt à craindre qu'il s'agit d'une localisation morveuse, laquelle, malgré les dires du malade et les divers examens bacteriologiques négatifs, serait aussi la cause de tous les accidents antérieurement observés.

«9 novembre 1903—Ce matin la plaie du bras est complètement fermée, aucune rougeur, ni aucune douleur locale. Du côté du genou, douleurs très vives pendant trois jours et augmentation de volume, surtout du côté interne; toujours pas d'œdème, ni de rougeur. Il existe des ganglions dans les deux aines; mais ceux de coté malade paraissent plus nombreux et plus volumineux.

«15 novembre—La guérison du bras semble définitive; quant au genou, il vient d'être le siège d'une modification importante. La radiographie faite, il y a deux jours, a montré un léger éffondrement de l'os au niveau du condyle interne, au voisinage inmédiat du tubercule d'insertion du grand adducteur; en outre, en rapport avec cette ouverture, il existe á l'intérieur de l'os, une tache sombre qui remonte en haut dans le bulbe de l'os et dans toute la partie qui correspond au condyle interne.

«La peau et les parties molles ont conservés tous leurs caractères normaux; vers la partie supérieure du rélief condylien, il existe une zone nettement fluctuante. Dans ces conditions, il est donc légitime de supposer que nous sommes en présence d'une ostéite infectieuse de l'extremité inférieure du fémur, surtout localisée au condyle interne et de la même nature que tous les accidents qui se sont développés en d'autres points de l'organisme. Le malade, qui avait repoussé jusqu'ici toute idée d'intervention, consent á se laisser opérer.

«17 novembre 1903—Anésthesie chloroformique sans incidents, incision de 10 centimetres faite au coté interne de l'extremité inférieure de la cuisse, commençant à l'interligne du genou et remontant en haut immédiatement au-dessus du couturier et du tendon du troisième adducteur.

«A l'aide du doigt, on rélêve les fibres les plus inférieures du vaste interne, et du pus épais, filant, sort aussitôt en quantité relativement minime (2 cuillerées à bouche environ). L'os sous-jacent est effrité, creusé de godets sur certains points, et il s'enlève avec la plus grande facilité, avec la curette de Volkmann. Les parties spongieuses sont infiltrées de pus, et les cloisons ressemblent à autant de petits séquestres.

«On arrive ainsi à évider la presque totalité de la partie interne de l'extremité inférieure du fémur, et on ne laisse en avant et en bas qu'une sorte de coque osseuse en rapport avec le cartilage articulaire et le cul-de-sac supérieur de la synoviale. Comme le tunel ainsi creusé se rapproche de la partie externe, on fait une seconde incision de ce côté, paralèlle à la précédente, et située immédiatement en avant du tendon du biceps.

«Un petit foyer, renfermant quelques gouttes de pus, et surtout de l'os carié, se trouve au niveau de la face externe du condyle; on l'attaque à la curette et on enlève toutes les parties infectées.

«Les deux ouvertures sont ainsi réunies l'une à l'autre par un traject direct: Poursuivant le curettage des parties malades, on est amené à évider toute la moitié interne de la face postérieure du fémur. Dans l'espace compris entre la bifurcation de la ligne âpre, on enlève une grande esquille de tissu compact qui doit correspondre à l'artère poplitée. Néammoins, il n'existe nulle part une infiltration des parties molles postérieures. Cette énorme cavité du femur, et qui empiète même en certains points sur la portion épiphysaire, est lavée au sublimé chaud et touchée au chlorure de zinc; 2 drains sont introduits au travers, et le reste de la cavité est tamponné à l'aide de mèches de gaze impregnée de vaseline de Réclus. Pansement modé-

rement compressif et immobilisation du membre dans une gouttière plâtrée.

«20 novembre—Ou renouvelle pour la seconde fois le pansement; il n'y a pas d'odeur; pas d'infiltration du voisinage et, en particulier, aucune réaction du côté du genou. La sécrétion est très moderée; les 2 drains fonctionnant bien, ne sont pas dérangés, des mèches imprégnées de vaseline sont tasseés à leur pourtour. La réunion de la suture s'est faite par première intention et les fils ont été enlevés lors du premier pansement. Depuis l'intervention, la fièvre est tombée et ce n'est qu'a de très rares intervalles qu'elle atteint 38°.

«L'insomnie a également disparu, ainsi que les douleurs, mais l'alimentation ne se fait encore qu'a l'aide de potages, de consommés de viande, d'œufs et de lait. La nature morveuse de l'affection nous est aujourd'hui nettement demontrée par des inoculations, toutes positives, faites à des cobayes mâles et par les cultures obtenues à l'aide du pus recueilli au cours de la dernière intervention

«11 décembre—4ème pansement, pas de suppuration, pas de réaction de voisinage; un peu plus de réaction locale serait peut être préférable; pas de douleurs dans le membre: même pansement avec des mèches de vaseline iodoformée. Depuis huit jours, le malade accuse, du côté de la region pariéto temporale droite des douleurs ayant les caractères de mobilité et de modalité analogues à celles qui existaient au début du côté du genou. Il est donc à craindre qu'il ne se forme là un foyer d'ostéite, en tout semblable à celui qui existait à gauche, il y a 2 ans. On note un peu plus de tuméfaction sous la partie antero-postérieure du muscle temporal, mais sans caractères nets de fluctuation. La fièvre est revenue par trois fois depuis l'apparition de ces douleurs crâniennes et l'état général s'en est immédiatement ressenti; une ponction exploratrice à été dejà proposée et sera pratiquée si la tumefaction persiste.

23 décembre—L'état général se maintient dans des conditions relativement bonnes; temperature moins élevée et accès fébriles rares. Les drains ont été retirés il y a 5 jours de la plaie du genou, et aujourd'hui on ne constate pas de rétention; aucun retentissement sur l'articulation voisine, mais le membre est très maigri.

«Du côté de la tête, on sent une saillie osseuse plus prononcée au niveau de la partie frontale de la ligne temporale supérieure; mais il ne semble pas qu'il y ait de suppuration.

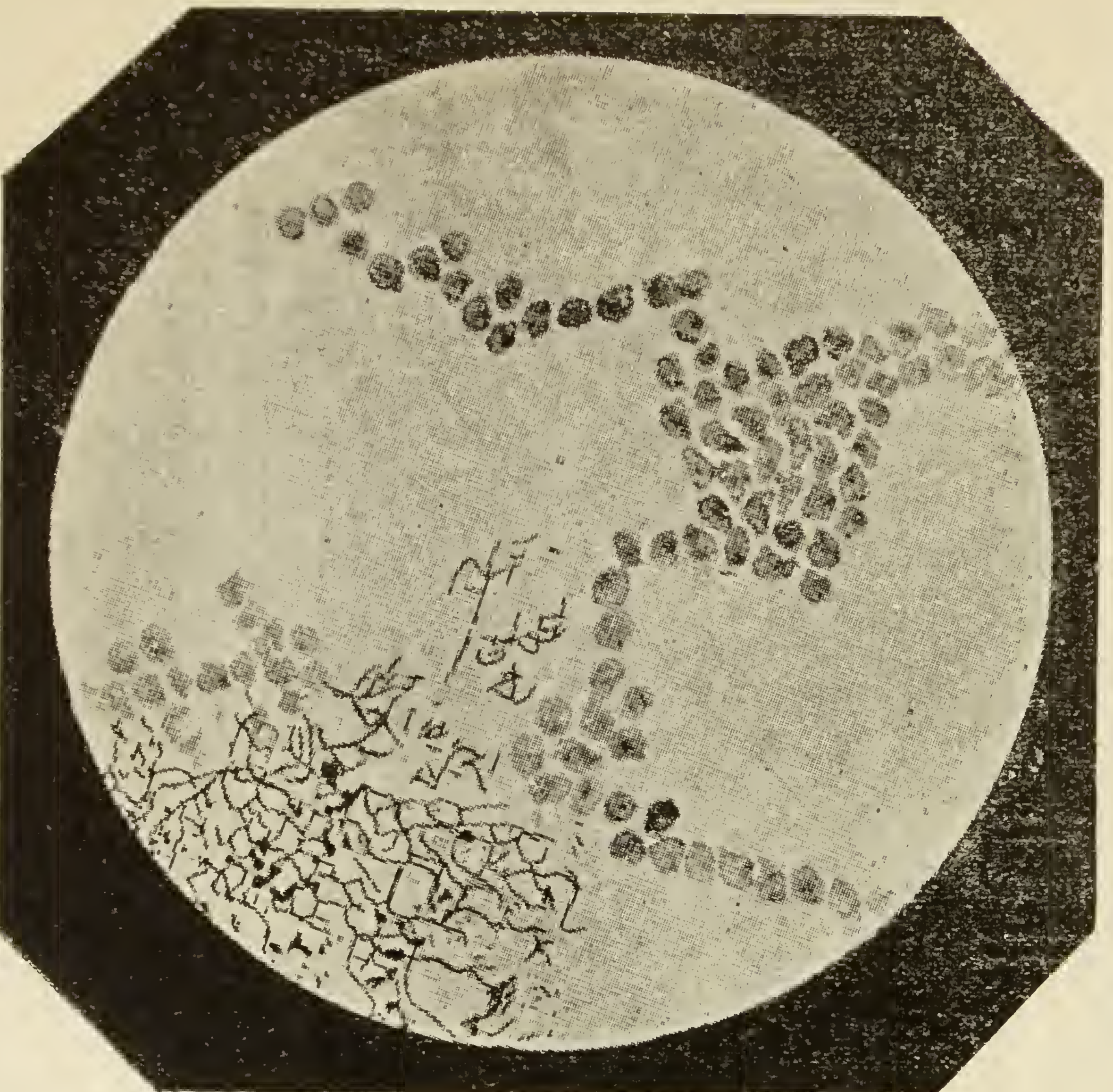
«Du reste le malade se refuse à toute ponction exploratrice. Quelques douleurs avec irrégularités osseuses existent également dans la région temporale, sans aucune infiltration cutanée.

«4 janvier 1904—L'état general est bon.

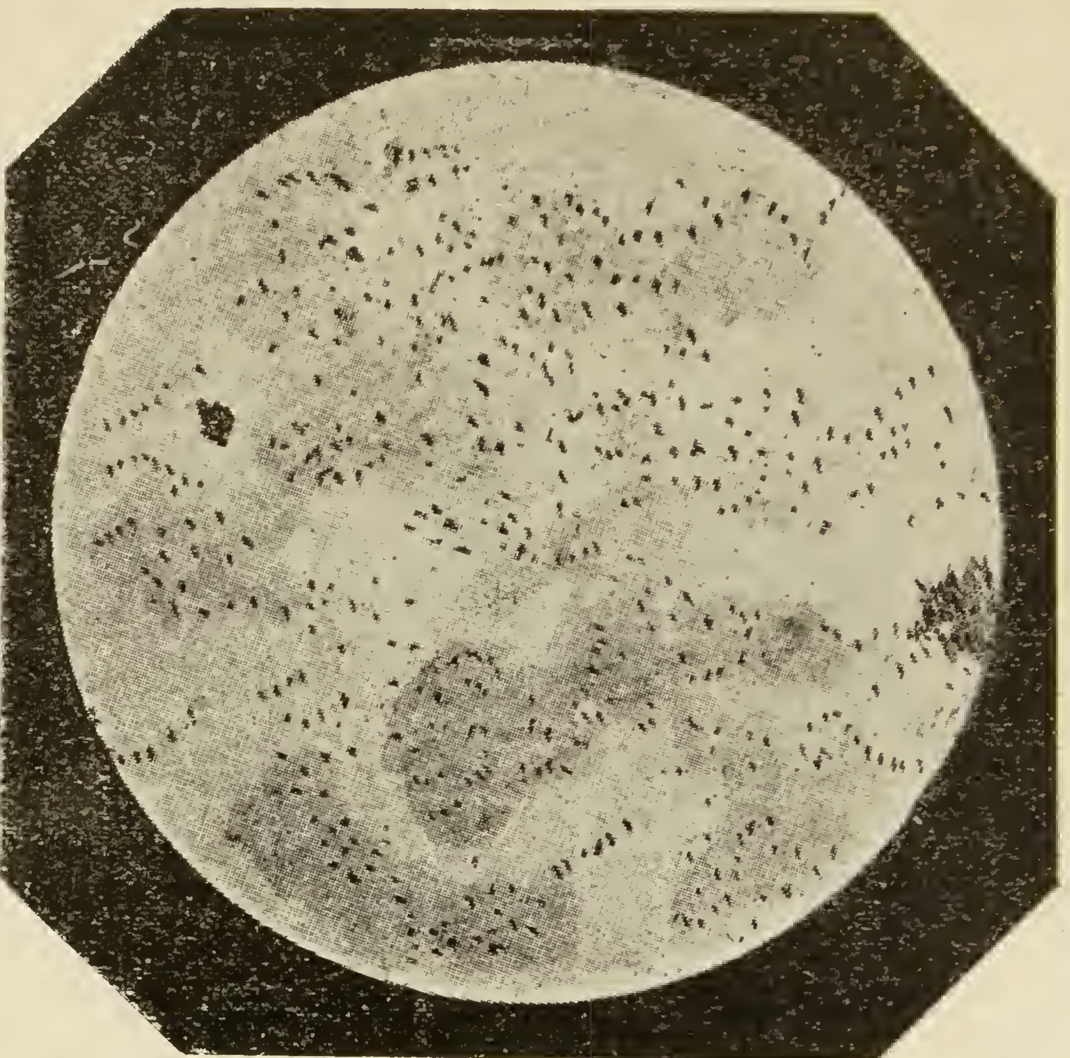
«Depuis quelques jours, le malade éprouve des coliques, suivies de deux ou trois selles diarrhéiques; en outre, si les douleurs de tête ont disparu, il n'en est pas moins vrai qu'il s'est formé un petit abcès, du volume d'une grosse noisette, au point de la région temporale signalé plus haut. Une ponction en retire quelques gouttes de pus et on injecte à la place de la glycerine iodoformée. Du côté du genou, même état satisfaisant, sauf que le bourgeonnement se fait avec une extrême lenteur.

«A signaler comme signes nouveaux depuis hier, un léger gonflement de la paupière inférieure droite et une tension douloureuse au niveau de la pommette, et dans toute la region massétérine. En outre, fièvre dépassant 38°.

«7 janvier—La ponction de la tête n'a provoqué aucune réaction,



Sangue do doente da 2.ª observação



Sangue de cobaya inoculada (Morte 24 h. depois)

ni aucune douleur, par contre, la paupière droite prend une teinte rouge sombre ecchymotique; il en est de même de la paupière infériure gauche; persistence de la fièvre, pas de diarrhée, pas d'albumine dans les urines, quelques douleurs frontales; mais pas de coryza ni de jettage.

«10 janvier—Le gonflement palpébral, signalé à gauche et qui ne pouvait être mis sur le compte de l'albuminurie, a pris, à droite, l'aspect d'une inflammation phlegmoneuse ayant sont centre au niveau de la saillie de la pommette. A l'aide de un bistouri, on fait une ponction à ce niveau, en un point où se trouve une zone phlycténoïde, le pus ne vient que lorsque le bistouri s'est mis en contact avec l'os. Injection d'eau oxygenée et pansement avec vaseline cocaïnée et eau oxygenée.

«12 janvier—L'œdème palpébral à dimminué à gauche, mais à droite d'autres phlyctènes sont développées en divers points, recouvrant des élevures ayant l'aspect de divers furoncles. En même temps, le gonflement palpébral est tel que le malade ne peut ouvrir son œil droit; la moitié supérieure de la joue droite, la tempe et la partie droite du front sont infiltrées.

«Dans ces conditions, on pratique, à l'aide de la fine pointe du thermo-cautère, de multiples ponctions dans la zone œdematiée. Il en resulte un écoulement purulent dans toute la région palpébro malaire, et un suintement sereux dans les autres parties.

«13 janvier—Le malade a beaucoup souffert des suites de l'intervention d'hier et s'oppose à tout débridement nouveau.

«Cependant l'œdème gagne la racine du nez, la paupière supérieure gauche et la tampe; par contre la joue et la règion malaire sont dégagées et affaissées. On se borne à renouveler le pansement.

«14 Janvier.—Mort sans aucune excitation à 10 heures et demi du soir par propagation de l'infiltration œdemateuse du côté de l'encéphale. Pas d'autopsie.»

—A seguinte observação é citada pelo Dr. Gutowski:

«H..., 33 ans; il y a 12 jours troubles généraux; frissonnements, céphalalgie, douleurs du côté droit, manque d'appétit. On croit à l influenza, suite de refroidissement. Le 6º jour, constatation d'un épanchement pleurétique; le 11º jour, pustule cutanée près de l'articulation acromio-claviculaire droite qui est douloureuse; le soir, érythème avec infiltration du tissu sous cutané de la région tibio-tarsienne; le matin suivant, infiltration superficielle de la tubérosité du tibia. On ne trouve rien dans les voies respiratoires superficielles. Le 12ème jour incontinence rectale et vésicale; état infectieux grave; injection de 30 centimètres cubes de sérum antistreptococcique. Le 13ème jour, apparition sur l'avant-bras droit de deux pustules remplies de pus blanc qui, examiné au microscope est trouvé porteur du bacille de la morve; du liquide retiré de la plèvre renferme le même bacille. Le 14ème jour, délire furiex, temperature á 40º; nouvelles taches bleuâtres et infiltration au-dessus de l'articulation cubitale gauche; après incision, on en retire du muco-pus contenant les bacilles de la morve; 3ème injection de sérum antistreptococcique. Le 15ème jour nouvelles et abondantes pustules sur la peau du tronc. Mort. le 17ème jour. Pas d'autopsie. Les cultures du bacille de la morve sur pomme de terre, les recherches microscopiques et l'expérimentation sur les animaux, confirmèrent le diagnostic de morve».

—A seguinte é devida a MM. Gabrielidès e Remlinger:

«H. . . ., 30 ans est apporté à l'hôpital avec une température élevée, un état typhique et une collection purulente de la région pectorale droite.

«Le début des accidents paraissait remonter à quinze jours, mais il ne fut pas possible de trouver la porte d'entrée, ni la cause de l'infection.

«Le diagnostic de morve put être établie par l'examen bacteriologique du pus et affirmé comme tel: 1° par l'abondance du bacille caractéristique; 2° par les cultures, en particulier, sur la pomme de terre; 3° par l'inoculation au cobaye; 1/2 centimètre cube de culture en bouillon injecté dans le péritoine amenait em 48 heures le developpement de la vaginalite caractéristique et la mort de l'animal en 7 jours».

—Devemos a seguinte a MM. Bralt et Rouget:

«H. . . ., maréchal ferrant, 22 ans; depuis 2 jours, fièvre, céphalée, courbature générale; début brusque; température 40°.

«Après quelques jours, alors que tout permettait de croire à une simple courbature fébrile, frissons violents et grandes oscillations thermiques de la pyohémie. Bientôt deux abcès apparaissent successivement, l'un dans la région sustrochantérienne droite, l'autre au niveau de la gouttière rétromalléolaire externe du même côté Le 16ème jour, apparition de 3 nouveaux abcès sur le tibia gauche, la face postérieure du bras droit, et la face externe du cubitus du même côté. Après saignée de 400 grammes, injection intra veineuse d'un litre de sérum. Le lendemain, ouverture de 6 abcès nouveaux. Nouvelle saignée de 500 grammes, suivie d'une injection veineuse de 2 litres de sérum. A partir du 18ème jour, formation incessante de collections contenant un pus blanc crémeux.

«Arthrotomie du genou gauche et ouverture de 2 abcès; injection intraveineuse de 2 litres de sérum.

«Le 19ème jour nouvelle injection de 1 litre de sérum; arthrotomie du poignet gauche et ouverture d'un abcès de la région sourcillière. Le 20ème jour, délire violent; injection intraveineuse de 2 litres de sérum: ouverture d'un abcès de la face postérieure du bras et apparition de bulles et de vésicules purulentes à la surface du corps; mort le 21ème jour.

«4 grandes articulations et 16 abcès avaient été ouverts; or à l'autopsie, on en découvre un dix septième au milieu de la masse épitrochléenne gauche, tandis que les 2 coudes contiennent chacun 1 à 2 cuillerées à café de pus; un vaste abcès de la grosseur d'une mandarine siège dans le lobe moyen du poumon droit. Le foie est gros, sans abcès. La rate est normale et les reins sains.

«L'examen bacteriologique du pus, pratiqué au laboratoire du Dey, fit déceler dans son intériur la présence d'un bacille morbeux très virulent».

—A seguinte observação nos é fornecida pelo Dr. Juliano Moreira: (Gazeta Medica da Bahia, 1893).

«Antonio M. M., natural do Piauhy, com 23 annos de edade, forte e sadio, mercador de muares.

«Em Junho de 1892, quando o vi pela primeira vez apresentava o seguinte aspecto:—homem emmagrecido e pallido, em cuja superficie cutanea faziam saliencias 9 abcessos de varios volumes, e em varias épocas do seu desenvolvimento; dois delles eram phlegmonosos. Ao lado dos abcessos havia varias ulceras de fundo sanioso e que no dizer do doente, se iniciavam por abcessos analogos aos que acabamos de referir. As articulações do joelho esquerdo e cotovello direito tumefeitas e dolorosas. Cephalalgia e ligeira insomnia. Temperatura 38.º, pulso 80. Appetite conservado.

«Havia um mez que lhe sobrevieram estes symptomas que foram precedidos de febre forte, inappetencia, fraqueza extrema, dôres vagas e uma inchação do braço direito.

«Tendo sido visto por um collega que passava pelo logar em que elle estava, este, após rapido exame, lhe prescreveu: licor de Van-Swieten e iodureto de potassio. Dias após, passando um curandeiro, capitulou de syphilis, o mal; abrieu alguns abcessos e lhe deu xarope de Gibert.

«Chega a minha vez. Confesso ter ficado indeciso no diagnostico a fazer, apezar do doente dizer que, a medicação citada só lhe tinha feito diminuir a febre. Fazendo, porém, anamnése rigorosa e repetida, adquiri certos dados que me puzeram em guarda deante da supposta syphilis do meu doente.

«Contou-me elle, ter comprado á um cigano, um burro que após 4 dias manifestou symptomas de mormo; receiando perdel-o, poz-se a tratal-o com assiduidade, até o dia em que adoeceu.

«Disse-me nunca ter tido molestias venereas, outra que a blennorrhagia, da qual se tratou em curto prazo. Prescrevilhe o calomelanos e depois quina, tinctura de iodo, etc. Fiz a abertura dos abcessos em que havia fluctuação, injectando depois, na cavidad, agua iodada. As ulceras foram pensadas a quina e carvão.

«Tratava-se incontestavelmente de um caso de farcina chronica. Em Agosto porém, chamado a vêr o mesmo doente, encontrei-o outro; o seu rosto, séde de uma erysipela gangrenosa, era horrivel de vêr. Nos membros, erupção pustulosa; placas de gangrena existiam em varias partes. As narinas cheias de muco-puz, estavam ulceradas. Das palpebras cerradas, diffluia a gottas, um liquido purulento. Gengivas fuliginosas e tumefeitas; voz quasi extincta. Temperatura 40.5, pulso pequeno e fraco.

«Eu o vi no dia seguinte, após o apparecimento dos symptomas agudos a que acabo de me referir: No mesmo dia, depois de um delirio não muito intenso, cahiu em profundo coma, vindo a fallecer na manhã seguinte, máo grado tudo o que me foi possivel fazer na opportunidade.

«Eis, ahi está um caso de farcina chronica, terminando por mormo agudo, mostrando bem que a farcina e o mormo, são como a Bacteriologia já evidenciou, modalidades clinicas da mesma molestia:—a *equinia* de Ellieston, o *mormo* dos outros autores».

«E' de lamentar, conclue o autor, que no estado actual da sciencia, não me tivesse sido dado logar a fazer o exame micro-bacteriologico, porém en regiões longinquas, com os recursos limitados de uma escassa ambulancia, não podia ser outro o meu procedimento».

Agora perguntaremos nós: qual o medio a aconselhar para o tratamento desta entidade pathologica, que só é dado ao homen obter pela transmissão da raça equina e asina?

Problema difficil e para cuja resolução tanto se téem esforçado esses incansaveis obreiros das sciencias medico-cirurgicas. Em se tratando de tão transcendental assumpto, como sejam os meios para a cura do mal em estudo, duas hypotheses se nos suggerem; uma, que deve ser a principal—evitar a contaminação e propagação do mal,—o que pertence á hygiene, e é a *prophylaxia.*

Na França, citada como patria das liberdades, onde o sangue derramado pela revolução de 89, fertilisando o sólo, fez delle brotar a arvore frondosa da liberdade, lá, repito, os rigores do serviço da hygiene são muito maiores e mais severos que entre nós.

Nesse paiz e na Inglaterra se torna difficil ao medico saber do doente a sua profissão, quando suspeito de estar atacado do mal em questão, devido a severas penas que são impostas aos proprietarios de cocheiras onde se conservem occultos animaes atacados de mormo, e que os não mandem abater logo.

Entre nós tambem, essas medidas vão sendo adoptadas.

Apresentamos algumas medidas que não são novas, o que apenas fazemos por amor ao methodo e para a bôa orientação destas linhas.

1.ª—Isolar todos os cavallos e muares atacados de mormo em enfermarias especiaes, ou melhor ainda, abatel-os immediatamente após o diagnostico do mal, o que é facilitado com a Malleina que, segundo alguem, está para o diagnostico do mormo, como a Tuberculina para o da tuberculose.

Perdia o exercito francez, emquanto punha em duvida a transmissibilidade do mormo, grande quantidade de animaes, o que levou a determinação das medidas acima descriptas. Nesta Capital qual será a proporção?

É difficil responder; no entretanto, o exercito e a policia não deixam de perder annualmente alguns animaes.

2.ª—Além dos meios poderosos,—o isolamento e a morte,—ainda não é para desprezar a propaganda que faça conhecer aos que estão em contacto com estas especies de animaes ou com os doentes mormosos, os cuidados que devem ter se examinando constantemente para verem si são portadores de soluções de continuidade por onde se possam infeccionar, e a facilidade de inoculação por estas portas abertas ao mal.

Renault demonstrou de ha muito o perigo das inoculações mormosas; a absorpção do virus do mormo agudo se póde fazer em menos de uma hora.—13 cavallos foram inoculados sob a pelle com os productos do mormo agudo, e cauterizados em intervallos de tempo que

variavam entre 96 horas e 1 hora depois da inoculação; 11 morreram entre o 6.º e o 21.º dia, 2 foram sacrificados ao 12.º e ao 20.º dia. *Estavam todos atacados de mormo.*

3.ª—As precauções immediatas a tomarem, si por ventura se sentirem feridos após o contacto com animaes atacados de mormo.

4.ª—Os objectos que servirem ao curativo assim como as vestes, roupas de cama, sujas pelo puz, deverão ser, queimadas umas, e outra cuidadosamente desinfectadas por uma longa permanencia em solução antiseptica, e depois na estufa, antes de serem novamente entregues ao serviço.

5.ª—Dado o caso de cura, o doente não poderá deixar o hospital, sinão quando as suas materias de secreção e de excreção não revelarem mais a presença do bacillo de Mallei, para que não seja elle um agente de contagio. Deverá tambem permanecer por algum tempo observado, por causa da recidiva que se possa dar.

A outra hypothese é o tratamento do individuo uma vez que tenha adquirido o mal. Chegamos agora no momento, em que nos julgamos embaraçados, não sabendo en que secção o devemos incluir, si na medica, si na cirurgica.

Não desconhecemos que tudos os que se têem occupado deste assumpto o têem collocado do lado da secção medica. É com certo receio que ousamos enfrentar esta questão, para discordar de tão notaveis e competentes auctoridades.

Relevem-nos tão benevolos congressistas, o nosso arrojo, pois não traduz elle arrogancia; apenas aproveitamos a occasião para elucidação do que vamos expor.

Citámos, no correr destas paginas, 7 casos de morvo; 2 por nós observados, 1 por M. Sieur, 3 publicados pelo mesmo Snr., e um do Dr. Juliano Moreira. Estes casos todos requereram quasi exclusivamente a intervenção da cirurgia. E' assim que, nos nossos dous casos foram abertos diversos phlegmões e abcessos; M. Sieur fez 19 intervenções cirurgicas; MM. Brault e Rouget abriram 4 grandes articulações e 16 abcessos; o do Dr. Gutowski, e o de MM. Gabrielidès e Remlinger foram quasi exclusivamente tractados pela cirurgia.

E ainda mesmo, quando se tracte de casos de mormo, com manifestações para as vias respiratorias, não só o mal não se limita a estas regiões, e quando se limitasse, encontrarieis lesões, como sejam as ulcerações das fossas nasaes que reclamam a intervenção e além disso, só excepcionalmente se manifesta esta fórma.

Outros argumentos poderiamos citar, si não bastassem os factos tão claros que as nossas observações apresentam.

É para nós este mal, uma das entidades morbidas, que estabelecem uma certa confusão entre os limites da medicina e os da cirurgia, e que não deixa determinar os limites de uma quando terminam, nem os da outra quando começan. Ou é applicavel o conselho de notavel professor: que o cirurgião deve sempre ter um pouco de medico.

O que aconselhar deante de um caso de mormo, quando um espesso véo ainda paira sobre a therapeutica desta affecção, só o criterio e o tino saberão dictar ao medico ou ao cirurgião em presença de similhantes casos. Não obstante falaremos nas injecções de soro artificial que não deixarão de ter a sua razão de ser, porquanto vão produzir uma reacção no organismo, activando a phagocytose, predispondo e animando assim o organismo á lucta contra os agentes pathogenicos que o invadiram. Ainda podemos falar no soro preparado com o sangue dos bois que, pela immunidade que gosam estes para mormo, se poderia contar com o seo auxilio.

Todos estes meios ainda estão subjeitos á critica e nada offerecem em nossa garantia Porém, não virá longe o dia em que a bacteriologia trará á clinica a decifracção desde enigma, e então registrará ella, mais esta victoria, ás já obtidas com o soro de Yersin, o soro antidiphterico, etc. Não será preciso que lembremos que as largas incisões dos abcessos, etc., se impõem, tendo como complemento o tratamento racional, scientifico e moderno, adequado a cada caso. Para nós, um dos principaes meios para que se possa conseguir alguma cousa, está na intervenção cirurgica, a tempo de evitar a absorpção, e se ter assim uma porta aberta á sahida do puz.

Ao lado dessas intervenções não será para desdenhar uma bôa hygiene, tonicos, e tudo emfim, que possa equilibrar as forças do doente, á vista do excessivo quebramento dellas.

Da nossa observação se verá que não faltou aos doentes recurso algum, e que o seu dedicado e intelligente medico assistente, Dr. Adelino Pinto não poupou esforços para o salvar; no entretanto, foram improficuos todos os meios de que racionalmente lançou mão. M. Sicur empregou no seu doente as injecções de cacodylato de sodio, sem resultado satisfactorio, e, como se vê, apezar de quasi quatro annos de molestia.

Da narração desses casos a este illustre Congresso, deduzimos as seguintes

CONCLUSÕES

1.º—Não haver necessidade das duas denominações com que se procura apresentar as duas modalidades clinicas da molestia em questão, quando ficou provado ser o agente causal de ambas, o mesmo, e evoluirem as duas fórmas associadamente.

2.º—Que, sendo o mormo commum na especie equina e na asina no Brazil, que sendo de uma virulencia extraordinaria e de grande transmissibilidade, que sendo contagioso sob todas as suas formas, e que podendo essa transmissão se dar facilmente ás pessoas em contacto com os animaes infeccionados, não é elle, entre nós frequente na especie humana, isto talvez devido a alguma condicção especial, como se dá na Nova Zelandia e Australia, onde o mal apezar de ter sido importado dos Estados Unidos, não logrou medrar.

3.º—Para o diagnostico do mormo, a Malleina é um valioso auxiliar, pois está para o mormo, assim como a Tuberculina para a tuberculose.

4.º—Não ha justificativo para se collocar o mormo na pathologia medica, quando o seu tratamento reclama tanto a intervenção medica como a cirurgica E' uma das molestias para as quaes não podem traçar limites, pois não se pode determinar onde chegam os da medicina, nem onde começam os da cirurgia.

5.º—Para o tratamento, será ainda a serotherapia a chave do problema.

3.ª SESIÓN

VIERNES 22 DE MARZO DE 1907

Presidencia del doctor Jenaro Sisto (DE BUENOS AIRES)

SUMARIO:—*Dr. Gregorio Mendizábal*—Un nuevo medio de hacer el diagnóstico precoz de la tuberculosis y aún de descubrir las probabilidades de tuberculizarse.—*Dr. Carlos Butler*—Los nuevos métodos para el diagnóstico precoz de la tuberculosis pulmonar. —*Dr Enrique Duque Estrada*—Da polyorrhomenite.—*Dr. Jacinto de León*—Polineuritis aguda infantil: pseudo parálisis espinal infantil.—*Dr. Delio Aguilar*—Sobre un nuevo tróear aspirador inobturable.—*Dr. Alois Bachmann*—Bacilus pseudo Pfeiffer—Paratifoideas.—*Drs. Jenaro Sisto* y *Juan Busco*—Las hernias umbilicales en la primera infancia y su tratamiento por las inyecciones de parafina.—*Dr. Joaquín Canabal*—Sífilis gástrica.—*Dr. Pedro Duprat* (Servicio del Profesor Dr. Luis Morquio)—Estadística de la Clínica y Policlínica de Niños de Montevideo.

Un nuevo medio de hacer el diagnóstico precoz de la tuberculosis y aún de descubrir las probabilidades de tuberculizarse.

POR EL

Dr. Gregorio Mendizábal (DE MÉJICO)

Después de los trabajos sobre espirometría preconizada por Fabius, Hutchinson y sobre todo por Scheenvogt para el diagnóstico precoz de la tuberculosis y los de neumografía para el mismo fin, debidos á Hirtz, vinieron los de Robin y Binet sobre el quimismo respiratorio, de los cuales dieron cuenta, como se recordará, á la Academia de Medicina de París en el mes de marzo de 1901.

Estos clínicos, después de cerca de 400 observaciones, lograron demostrar que los cambios respiratorios aumentaban en los tísicos y aún en los individuos de cepa tuberculosa.

Esta sobreactividad pudo medirse y demostrarse por los fenómenos siguientes:

La ventilación pulmonar aumenta 110 % en la mujer y 80.5 % en el hombre.

El ácido carbónico exhalado por kilogramos de peso y por minuto aumenta 86 % en la mujer y 64 en el hombre.

El oxígeno absorbido por los tejidos aumenta 102.8 % en la mujer y 94.8 en el hombre.

Esto puede explicarse ó como signo de la reacción de defensa del organismo, ó como consecuencia del ataque bacilar, ó como una simple manifestación del terreno tuberculoso. Esto último pareció lo más aceptable, porque estas exageraciones se encuentran muchas veces en los descendientes de tuberculosos sin lesión alguna, y en organismos que por cualquier otro motivo parecían tuberculizables.

La predisposición á la tuberculosis hereditaria ó adquirida reconoce como una de las causas la aptitud de un individuo á consumir mucho oxígeno, es decir, á consumirse exageradamente, ó lo que es lo mismo, que para llegar á tuberculizarse es preciso consumirse, incendiarse antes de la infección.

Por inesperada y nueva que parezca esta noción y tan poco de acuerdo con las teorías que se han profesado acerca de la tuberculosis, está demostrada y nos proporciona la manera de medir la importancia de un elemento precioso: el terreno, cuyo valor para el diagnóstico y para el tratamiento le habían robado el descubrimiento del bacilo patogénico; nos da también una nueva guía para el tratamiento porque nos enseña que la predisposición tuberculosa depende de una vitalidad exagerada hasta la auto-consunción y nunca una vitalidad disminuída como se pretendía, orientando por nuevos caminos la profilaxis y el tratamiento de la tuberculosis.

He tenido ocasión de ver practicar muchos análisis de los cambios respiratorios al señor Burnigo en el Hospital de Beaujon, y puedo asegurar que, por medio de los aparatos allí empleados, son de una simplicidad práctica sorprendente y de una exactitud matemática.

Tuve últimamente muchas ocasiones de ver comprobadas las ideas de Robin y de Binet, y las creo por lo mismo dignas de estudio. Una vez sancionadas por la experiencia de los que se dedican á este género de estudios, tendremos un recurso poderoso para el diagnóstico precoz de la tuberculosis, para corroborar un diagnóstico clínico hecho y hasta para prever la posibilidad de que un individuo pueda tuberculizarse y llegue á tiempo, por medio de un tratamiento apropiado, de modificar el terreno y eludir el peligro.

Los nuevos métodos para el diagnóstico precoz de la tuberculosis pulmonar

POR EL

Dr. Carlos Butler (DE MONTEVIDEO)

Jefe de clínica semiológica en la Facultad de Medicina

La propagación alarmante que ha adquirido la tuberculosis pulmonar en todo el orbe, y la necesidad de despistarla en sus primeros ataques al organismo, ha hecho que en todas partes y por todos los medios se trate de hacer su diagnóstico precoz.

Pero este diagnóstico deberá estar siempre bien fundado; deberán agotarse los recursos del examen clínico y los métodos experimentales, cuando quede en nuestro espíritu la menor de las dudas. Nada más hereje, nada tan imperdonable, como marcar con el sello de la tuberculosis al que no la tiene. Con esa marca pueden acabarse muchas afecciones valiosas, puede derrumbarse para siempre un porvenir brillante!

Es preciso condenar enérgicamente la práctica de tratar como tuberculosos á los que se sospecha que lo sean, sin antes haber agotado todo el bagaje de exploración. Eso es, como dice muy bien Rénon: la mayor de las herejías.

Tratemos, pues, de no tener sobre nuestras conciencias el peso de condenas no justificadas por la ciencia.

Para hacer el diagnóstico precoz de la tuberculosis pulmonar habrá que luchar siempre con un factor ajeno á nuestros recursos de investigación: el optimismo, que frecuentemente acompaña á esta clase de enfermos. En efecto, todos los médicos habrán tenido oportunidad de oir muchas veces: «he adelgazado un poco, tengo un poco de tos, aunque pertinaz, expectoro algo, me fatigo; pero creo que se trata de un simple resfrío al cual no doy gran importancia». En otros casos hay pequeñas hemoptisis y se atribuyen á lesiones de las encías ó de la faringe.

Muchos son los casos anotados que demuestran esto. Legrand, dice

en el *Bulletin Medical:* «Un estudiante de medicina, muy al corriente de la tuberculosis, tenía una temperatura de 39° de tarde, lo que no le impedía el escribir que eso era algo insignificante, una fiebre nerviosa que no tenía nada que ver con sus pulmones, y que todo el mundo, más ó menos, tenía esa temperatura de tarde». Beraud en su tesis de Lyon, cita otro caso en que el enfermo decía: «Se me envía al hospital como tuberculoso, pero yo no tengo nada. He adelgazado, pero es porque he hecho muchos excesos; tengo tos, pero es porque fumo mucho».

Este optimismo, contribuyendo á retardar muchos diagnósticos, hace menor el número de curas posibles y mayor el número de contagios, que han de aumentar los desastres por este terrible factor.

Pero, si existen estas ideas en medio de la marcha casi triunfal del flagelo que todo lo invade, más deben ser nuestros trabajos para combatirlo. Si la risueña esperanza, que nos pareció realidad en algunos momentos, del descubrimiento de Behring, parece esfumarse como la que hizo concebir Koch en 1890, más perseverantes deben ser las investigaciones que nos lleven á encontrar medios de exploración eficaces para hacer el diagnóstico precoz de la tuberculosis.

Es impelidos por estas razones, es movidos por este amor á la humanidad, que los incansables obreros de la ciencia nos proporcionan continuamente nuevos métodos de exploración; y es sobre esos métodos que pensamos hacer un estudio é indicar los resultados obtenidos en la práctica con algunos de ellos, en este modesto trabajo que tengo el honor de presentaros.

Los nuevos métodos para el diagnóstico precoz de la tuberculosis pueden dividirse: en métodos de exploración clínica y en investigaciones de laboratorio. Son éstas las que nos llevan más cerca de la certidumbre científica.

Entre los primeros, tenemos *la diminución de la expansión inspiratoria de los vértices.* Este procedimiento presentado por Ruault, [1] se aplica en la práctica de la manera siguiente: «El médico hace sentar al enfermo, con el tórax desnudo, sobre un taburete. Le recomienda estar derecho, con las espaldas igualmente caídas. El cuerpo perpendicular á su asiento sin contracción ni rigidez alguna. El médico es-

1. Ruault.—«L'exploration comparative de l'expansion des sommets dans la tuberculose pulmonaire».

tará de pie, derecho, detrás del enfermo y aplicará la palma de las manos dulcemente sobre las espaldas del paciente, la mano derecha sobre la espalda derecha, la palma izquierda sobre la espalda izquierda, los pulgares hacia atrás al nivel de las fosas supra-espinosas, el pliegue de cada pulgar sobre el borde saliente del trapecio y los demás dedos, juntos hacia adelante, pasando por encima de las clavículas y llegando sus extremidades á la parte media de la fosa infraclavicular. En esta posición toda la cara palmar de los dedos deberá estar, todo lo posible, en contacto íntimo con la piel del sujeto, pero sin ejercer una presión notable». El observador pide entonces al sujeto que respire sin esfuerzo exagerado, pero amplia y regularmente, tratando de dilatar bien su tórax, al nivel de las costillas, á cada inspiración sin levantar las espaldas. Siendo la respiración regular, se constata, cuando los vértices están sanos, un levantamiento progresivo, simétrico y síncrono de las regiones claviculares y por consiguiente de los dedos de las manos. Este levantamiento comienza al principio de la inspiración, se detiene con el principio de la expiración y disminuye rápidamente con este segundo movimiento respiratorio.

Aplicando este método se nota cuando los vértices están enfermos, una diminución de la expansión, diminución que es tanto más notable cuanto más avanzada es la lesión.

Así, en nuestros ensayos hechos en numerosos tuberculosos en la clínica semiológica del Hospital de Caridad, hemos encontrado en los períodos de germinación y conglomeración, aunque no siempre, pequeñas diferencias de expansión, como también irregularidades y sacudidas. En los períodos de reblandecimiento y de cavernas, los resultados obtenidos son más notables y constantes. Sobre todo cuando á la lesión del vértice acompañan adherencias pleuro-parietales.

Este método es, por consiguiente, útil, pero debemos declarar que no es suficiente para el diagnóstico precoz, pues no lo presentan algunos casos que son positivos por otros medios.

Sin embargo, en la exploración física del aparato respiratorio, deberá emplearse siempre conjuntamente con los otros métodos de que disponemos.

El signo de Murat [1] consiste en *una sensación anormal*, que siente el enfermo cuando habla fuerte, *debida á las vibraciones exageradas del pulmón enfermo*.

1. MURAT.—«Un signe nouveau pour le diagnostic précoce de la tuberculose pulmonaire».

Para notarlo mejor, dice Murat, será conveniente, que el enfermo haga fuertes *expiraciones habladas, hums* bien sonoros y se observe atentamente.

Este signo tiene la misma explicación física que la exageración de las vibraciones vocales.

En cuanto á su valor, debemos hacer constar las mismas observaciones que acabamos de hacer para el signo de Ruault.

El signo de Boix, [1] *la amiotrofia escápulo-torácica precoz*, es, como dice este autor, «la atrofia muscular de la *calotte* escápulo-torácica que envuelve el vértice del pulmón. Esta atrofia, más ó menos generalizada, es bien conocida en los períodos avanzados ó simplemente confirmados de la tuberculosis. Es menos conocida al principio mismo de la invasión bacilar, donde se muestra bastante á menudo como síntoma precoz».

En cuanto á este signo, lo hemos encontrado corrientemente en la tuberculosis pulmonar incipiente, en una proporción aproximada á un ochenta por ciento.

Lo consideramos útil para el diagnóstico, porque en aquellos casos en que pueda dudarse de si los signos encontrados corresponden á una congestión artrítica ó á una atelectasia nerviosa del pulmón, ó á un estado semejante, que también simulan un principio de tuberculosis pulmonar crónica, nos la revela la existencia de la lesión bacilar y nos inclina á hacer su diagnóstico.

El método de Mignou, [2] que consiste *en el empleo del diapasón para conocer la resonancia y la transmisión del tejido pulmonar*, ha permitido encontrar diferencias que ayudan al diagnóstico. La resonancia se busca colocando el diapasón, provisto de un fonendoscopio como base y después de haberlo hecho vibrar en distintos puntos del tórax y comparando la sonoridad obtenida. Esta será menor en los sitios donde el parénquima pulmonar esté algo condensado. La transmisión se explora con el diapasón, pero auscultando las vibraciones que éste transmite por el pulmón á las regiones opuestas. Se nota como en la percusión auscultada, mejor transmisión cuanto más denso es el tejido examinado. Esta parte del método de Mignou es la realmente nueva, pues la investigación de la resonancia data de las tentativas de Sitz y Zamminer y de los trabajos de Baas, que fué quien creó la fonometría clínica.

---

1. Boix.—«L'amyotrophie scapulo-thoracique précoce comme signe révélateur ou confirmatif de la tuberculose pulmonaire au début».

2. Mignou.—«Emploi du diapason dans l'exploration du thorax».

Este método nos parece también que, sin resolver por completo el diagnóstico precoz, es un medio á tener presente en la exploración del aparato respiratorio.

Le encontramos mucha semejanza á la prueba de las vibraciones vocales, pero con algunas ventajas. En efecto, en los casos de lesiones profundas, las modificaciones del fremito vocal nos han parecido nulas ó casi imperceptibles; en cambio, la transmisión auscultada de las vibraciones provocadas por el diapasón, puede revelarnos esas lesiones. En otros casos, como en las disfonías ó afonías, tan corrientes en la práctica, puede permitirnos encontrar lesiones que por medio de la palpación del fremito no nos es posible hallar.

El signo de Williams, [1] consiste en que al hacer el examen radioscópico, el diafragma desciende menos al final de la inspiración del lado enfermo, quedando al final de la expiración los dos lados á la misma altura. Este descenso menor se explica por la disminución de la elasticidad del pulmón enfermo. Nosotros creemos, después de las declaraciones de Béclère y de los trabajos de Sogniés en el dispensario de Nancy, observaciones que fueron hechas sobre gran número de tuberculosos,—siendo afirmativas sólo cinco de ellas,—que este medio de exploración es insuficiente por sí solo para hacer un diagnóstico precoz.

La radioscopía de precisión, y sobre todo la orthodiagrafía, pueden darnos, como dice Guilleminot, [2] sólo signos de probabilidades de una tuberculosis incipiente. Estos signos: «un corazón de algunos centímetros cuadrados debajo de la normal; un ángulo costal funcional diferente á derecha y á izquierda de uno, dos ó tres grados; una incursión diafragmática que difiera en algunos milímetros, serían signos presuntivos de importancia».

Los métodos de exploración clínica que acabamos de mencionar, nos suministran, pues, un conjunto de signos valiosos para el diagnóstico precoz de la tuberculosis pulmonar crónica.

Si unimos á ello la investigación de la *inspiración ruda, baja ú oscura* de Grancher, comparando sólo las inspiraciones como hace este autor; el estudio de *la temperatura* en reposo, en la marcha y después de la marcha, como aconsejan Daremberg [3] y Chuquet [4]; el del

---

1. Sogniés.—«Du signe de Williams».

2. Guilleminot.—«Application de la radioscopie de précision au diagnostic de la tuberculose».

3. Daremberg.—«La tuberculose pulmonaire».

4. Chuquet.—«L'hygiène des tuberculeux».

pulso, como aconseja Faisans [1] en su descripción magistral sobre *la taquicardia en los tuberculosos;* y el de *la tensión arterial*, cuya diminución, según Potain, Marfan, Teissier, se presenta en la tuberculosis pulmonar, podremos hacer una exploración muy minuciosa y un diagnóstico exacto ó casi exacto del caso que se nos presenta.

Pero, á pesar de este arsenal de recursos de investigación, muchas veces nos encontramos con algunas dificultades, ante casos que se asemejan tanto á la tuberculosis pulmonar, como las pseudo-tuberculosis: aspergilosis, actinomicosis y rizormucosis; como las atelectasias nerviosas del pulmón en los neurasténicos é histéricos; como ciertas lesiones de la sífilis, del cáncer y del artritismo y en ciertas formas de tuberculosis enmascaradas por el asma y la clorosis.

Pero ante estas dudas todavía nos quedan los métodos experimentales, que pueden considerarse nuevos por su uso clínico y que son los únicos capaces de resolver el diagnóstico seguro cuando los otros ya enumerados no nos dan más que probabilidades.

Podemos usar la pneumografía clínica de Hirtz y Brouardel ó examinar los cambios respiratorios según el procedimiento de Robin y Binet. Pero los métodos más importantes, más exactos en sus resultados prácticos, son: *el sero-diagnóstico* y *la prueba de la tuberculina.*

Poco nos ocupamos aquí del sero-diagnóstico de Arloing y Courmont, que utiliza las culturas homogéneas y móviles de bacilos de Koch. Este método tan útil, ha dado y está dando excelentes resultados en manos de sus autores y de Sabaréanu, de Salomón, de Thaon, de Vitry, Froment, Berthelou, etc. Pero, no habiéndonos sido posible hacer su empleo, por la dificultad de obtener buenas culturas homogéneas, no podemos avanzar aquí nuestra opinión sino sobre los trabajos de los autores ya mencionados, opinión que es favorable al método.

Queremos insistir, en cambio, sobre otro método experimental de gran importancia, destinado á tener un uso corriente: la prueba de la tuberculina, que, por el lejano fracaso de la linfa de Koch, en el año 1890, se le mira todavía con un recelo injustificado.

---

1. Faisans.—«De la taquycardie chez les tuberculeux; son importance au point de vue du diagnostic, du pronostic et du traitement».

En Alemania se le emplea corrientemente y se practican millares inyecciones. Se ha llegado á hacer á regimientos enteros con los resultados más satisfactorios.

Quinard, [1] director del Sanatorio de Bligny, nos relata una larga serie de observaciones sin inconveniente alguno. Los trabajos de Achard, de Grasset y Vedel, de Vallée y sobre todo la comunicación de Moeller, Lowenstein y Ostrowsky [2] al último Congreso de Tuberculosis, celebrado en París, nos revelan la utilidad práctica de las inyecciones de tuberculina.

Nuestras observaciones sobre este método nos confirma en la creencia de esta utilidad. Hemos hecho, después de haber examinado detenidamente los sujetos, las inyecciones siguiendo el procedimiento puesto en práctica por estos últimos autores en el Sanatorio de Belzic. El examen del sujeto, lo hemos practicado, para asegurarnos que no existía foco congestivo pulmonar, ni tuberculosis renal, ni lesión meníngea, ni alguna otra que pudiera agudizarse y comprometer los resultados que se buscaban.

Las inyecciones han sido hechas de *dos décimos de miligramo* de tuberculina y cada cuatro días, hasta el número de cuatro, si no ha habido antes reacción positiva. Hemos conservado las mismas dosis porque, como lo han demostrado Moeller, Lowenstein y Ostrowsky, la sensibilidad del organismo aumenta con cada inyección. La temperatura del enfermo era tomada cada dos horas y durante 24 á 48 horas, según la reacción. Las reacciones positivas nos han dado de 0°5 á 1° de elevación térmica. Los enfermos que nos han servido y sobre los cuales teníamos sospechas basadas en el examen físico, eran sujetos con lesiones probables del pulmón, de la pleura ó de las articulaciones.

En todas las observaciones recogidas, que no exponemos detalladamente por no hacer más largo este trabajo, no hemos tenido que lamentar el menor accidente y nos han servido para confirmar los resultados obtenidos por los investigadores de Berlín.

Consideramos, pues, esta prueba de gran valor semiológico y desprovista de inconvenientes, siempre que se haga con las precauciones necesarias y la técnica de Moeller.

---

1. QUINARD.—«La tuberculine dans le diagnostic de la tuberculose humaine».
2. MOELLER, LOWENSTEIN, OSTROWSKY.—«Tuberculine de Koch».

CONCLUSIONES

1.° Los nuevos métodos de exploración física para el diagnóstico precoz de la tuberculosis pulmonar que hemos descripto, son útiles para facilitar ese diagnóstico.

2.° Los métodos experimentales constituyen hoy día el método más seguro para el diagnóstico precoz de la tuberculosis pulmonar.

3.° La prueba de la tuberculina puede y debe tener una aplicación clínica más corriente.

Doctor Mendizábal—Felicita al señor doctor Butler por el interesante trabajo que acaba de leer, y siente sólo diferir de su opinión en cuanto á la gradación é importancia que les da á los signos clínicos y á los de laboratorio para el diagnóstico precoz de la tuberculosis. A su juicio, la base del diagnóstico precoz de la tuberculosis debe ser siempre el clásico, el examen clínico del enfermo, los signos físicos, los que la percusión y la auscultación nos permiten descubrir, ateniéndonos sobre todo á los últimos trabajos del doctor Grancher, á los que nos permiten sorprender la lesión del pulmón, desde muy á los principios de la invasión de la enfermedad, cuando no se encuentra más de la debilidad de la inspiración, antes de que ésta se haga ruda, antes de que aumenten las vibraciones de la voz, antes de que venga la matidez, antes de que se haga prolongada la expiración, porque cuando este cuadro se encuentra, la enfermedad no está ya en sus principios.

Los signos de laboratorio, deben tenerse siempre como secundarios y de comprobación. El que habla, no opina como el doctor Butler, acerca de la innocuidad de la tuberculinización. Alguna vez la vió determinar, á pesar de haberlo hecho sin pasar la dosis de dos décimos de miligramo, accidentes febriles agudos, debidos sin duda á un trabajo de flogosis al rededor de los focos de tuberculización, y en algunas de estas veces, logró con trabajo volver al enfermo al estado apirético en que se encontraba. La aglutinación ó sea la sero-diagnosis de Arloing y Courmont, la ha encontrado siempre infiel y nunca decisiva.

Doctor Alvarez—Insiste en la dificultad de juzgar el valor de los signos clínicos en la tuberculosis incipiente por la falta de un control. Cuando se ve un enfermo con uno ó varios signos de tuberculosis in-

cipiente, con la expiración prolongada, por ejemplo, si este signo no es seguido del desarrollo de una tisis declarada, quedará la duda de si el caso fué ó no un caso de tuberculosis. Cuando Grancher encuentra un niño con inspiración ruda, por ejemplo, lo declara tuberculoso; pero como la mayor parte de estos casos evolucionan favorablemente, nada nos garantiza que no haya sido una modalidad normal del mencionado niño. Si niños en estas condiciones murieran de una enfermedad intercurrente y en su autopsia se encontraran realmente lesiones tuberculosas, entonces sí podría afirmarse que la inspiración ruda de un vértice pulmonar es un signo de tuberculosis incipiente.

Doctor Sisto—El señor doctor Butler ha pasado en revista todos los medios de diagnosticar precozmente la tuberculosis pulmonar, y hemos visto desfilar ante nuestra vista tanto los métodos clínicos nuevos como los de experimentación modernos, como son los del quimismo respiratorio de Robin y la tuberculina.

Entre los primeros nos ha hablado también de la investigación hecha por Grancher y sus alumnos, fundándolo especialmente sobre las modificaciones del primer tiempo de la respiración. Yo creo que fundar el diagnóstico de tuberculosis precoz *únicamente en ese signo* es exponerse frecuentemente á errores. He examinado muchos niños de ese modo y le he dado importancia á la diferencia de los caracteres de la inspiración tomada en uno y otro lado de la región subclavicular, cuando ella viene acompañada de un estado general precario, por una anemia objetiva aunque sea poco intensa, en aquellos que tengan ganglios palpables, es decir, en un sujeto que tenga algunos estigmas de terreno tuberculizable. Variot, por su parte, no acepta esta sintomatología en la forma precisa y decisiva establecida por Grancher.

Tengo el más profundo respeto y la más alta consideración por la acción médica de Grancher y por sus movimientos generosos en pro del tuberculoso. Esta misma circunstancia lo ha llevado quizá un poco más lejos de lo que quería ir y le ha dado á un síntoma *monómico*, permítaseme la palabra, una importancia exagerada.

Yo he visto muchos niños con inspiración ruda y desigual, comparándolas ambas inspiraciones, á quienes he tenido oportunidad de seguir sin encontrar manifestaciones tuberculosas. Esto, podría decírseme, no tiene nada de particular, porque son niños que mejoran y se ponen bien; pero debo agregar que he hecho dos autopsias en niños que presentaban diferencias inspiratorias, y á quienes he examinado cuidadosamente su árbol respiratorio sin encontrar la lesión que sospeché fundado en el solo signo de Grancher.

Por eso digo que hacer el diagnóstico de tuberculosis basado en ese solo dato es exponernos fácilmente á equivocarnos; hay, pues, que hacer obra de clínico, agregando ese signo á otros como los que ha mencionado el doctor Butler.

En esta cuestión del diagnóstico precoz de la tuberculosis reporta un error tener un criterio unilateral y entusiasmarse con síntomas aislados: por el contrario, hay que aportar todos los datos, todas las conquistas de los otros ramos de las ciencias médicas para llegar á su diagnóstico, eso sí, lo más precoz posible para luchar con eficacia y con resultados.

Doctor Bachmann—Deseo decir dos palabras para reivindicar los métodos de laboratorio en el diagnóstico precoz de la tuberculosis pulmonar. Sin dejar de reconocer la importancia de los métodos clínicos, no podemos en manera alguna dejar de reconocer que ellos no son específicos, pues dependen, no del causante productor de la enfermedad, sino del estado físico del órgano, que puede ser producido por diferentes factores, mientras que las investigaciones de laboratorio son estrictamente específicas y su resultado positivo no deja duda ninguna sobre la naturaleza de la enfermedad.

Doctor Butler—Las observaciones hechas por los señores congresales, doctores Mendizábal, Alvarez y Sisto confirman las conclusiones de mi comunicación, pues declaran, como yo lo hago, que se necesita, no un signo, sino un conjunto de signos físicos. En cuanto á la importancia de los métodos experimentales, estamos también conformes, pues son los únicos que pueden darnos, con más frecuencia, la certidumbre científica.

Da Polyorrhomenite

POR EL

Dr. Enrique Duque Estrada (del Brasil)

Observações attinentes a este syndromo foram de longa data mais ou menos minudenciosamente dadas a lume por diversos auctores, d'entre os quaes tem a primazia não Van Deen que passa por ter descripto o caso mais remoto (1846), senão Morgagni que, consoante

memora-o Huchard, na 16[a] de suas celebres cartas já consigna o facto de modo inilludivel.

Taes auctores, porém, não lobrigaram nenhum nexo entre os factos observados, cuja explanação nem envidaram apresentar. Posto já Hambursin em 1870, Strümpell em 1883 e Rosenbach en 1887 houvessem descortinado a connexão entre as diversas serosas inflammadas, cabe por sem duvida a Pick a gloria não só de haver em 1886 lidado em estatuir a pathogenia do syndromo, que denominou Pericarditische Pseudolebercirrhose, conhecido por syndromo de Pick, senão ainda de ter attrahido a attenção dos scientes para o assumpto, provocando d'est'arte innumeros trabalhos e observações.

Trabalhos foram esses de ordem, os mais d'elles, a tornar mais complexo o syndromo de Pick, additando, na sua constituição, a inflammação do pericardio e do peritoneo a das pleuras e muito excepcionalmente, talvez por mera coincidencia clinica, a das meninges, da vaginal e das serosas articulares.

Como a expressão não correspondesse mais ao facto, outras foram sendo empregadas, quaes a de *periviscerite* criada por Huchard e Deguy e adoptada com a de *symphise pericardoperihepatica* pelos francezes, *multiple serosite* usada por Aloysins Kelly, ou *multiple hyaloserosite* por Niccholls, acceitas ambas por inglezes e americanos, e finalmente *polyserosite* e *polyorrhomenite* [1] abraçada pelos italianos. Esta ultima, ao que parece, editada por Concato, sobre consultar os canones da etymologia, tem o cunho do cosmopolitismo, trescalante, como é, do mais puro hellenismo, devendo conseguintemente ter preferencia sobre as demais, que todas peccam, quaes por hybridas, quaes por vagas, não dando idéa nitida do que convem exprimir. Bom é relevar que o syndromo de Pick não desapparece, senão que fica restricto a uma das modalidades da polhyorrhomenite. A par da multiplicidade de trabalhos extrangeiros sobre essa materia, d'entre os quaes sobrelevam os de Pick, de Labadie Laggrave e Deguy, Niccholls, Rovère, Galvagny e Bassi, Simon, merecem considerados algunos brazileiros: a these inaugural do Dr. João Gomes de Amorim, incontestavelmente o melhor e mais completo trabalho de synthese concernente a esse assumpto, these inspirada pelo prof. Miguel Couto que primeiro no Brazil chamou a

1 Termo formado pela agglutinação de πολὺς (polys) = muitos + ὀῤῥὸς (orrhos) = sôr + ὑμὴν (hymen) = membrana.

attenção medica para tão interessante facto, tomando-o para thema de algumas das suas mirificas lições no anno de 1904 e subsequentes, com documentos anatomopathologicos na mão; uma observação devidamente commentada pelo Dr. Garfield Perry de Almeida e occorrida na 3[a] enfermaria da Sta. Casa da Misericordia a cargo do prof. Rocha Faria; e o excellente artigo da lavra do Dr. Agenor Porto, assistente da 1[a] cadeira de clinica medica regida pelo Conselheiro Nuno de Andrade.

A polyorrhomenite não constitue um processo pathologico primitivo, não é uma entidade nosologica especial, senão un syndromo clinico e anatomopathologico. Podemos com Picchini definil-a como sendo a inflammação associada, contemporanea ou successiva das serosas grupadas em torno do diaphragma: pleura, peritoneo, pericardio. No consenso quasi unanime dos auctores não faz parte da constituição do syndromo o accommettimento das meninges, observado em casos rarissimos, em concomitancia com a inflammação das outras serosas ou na phase terminal do syndromo.

Onde andam accesos os auctores numa lide bem travada é no tocante a etiopathogenia da polyorrhomenite: mullipanas causas têm sido invocadas como factor primacial do seu apparecimento; differentes os mechanismos com que explicar as suas diversas manifestações. Postergada, por de nulla monta, a opinião dos que imputam causalidade a lues, a malaria e a febre typhoide, importa considerar, si bem *per summa capita*, tres factores mais relevantes que trazem dividida a maioria dos auctores: a arterioesclerose, o rheumatismo polyarticular agudo e a tuberculose. Alguns auctores, principalmente Huchard, Labadie Laggrave e Deguy, terçam em favor ora da arterioesclerose generalizada, ora da nephrite chronica como causa das orrhomenites.

Comquanto da observação clinica de priscas eras, confirmada pelos modernos, resalte não raro a concomitancia ou a sequencia da esclerose e da inflammação de algumas serosas, não nos parece que haja entre taes factos un nexo causal. De um lado, muitos casos de polyorrhomenites ha registados sem que lesões renaes fossem deparadas. De outro lado, como coadunar a grande frequencia da nephrite e da arterioesclerose com a raridade relativa da polyorrhomenite? Ao demais d'isso a arterioesclerose é apanagio da velhice, ao passo que a polyorrhomenite é quasi só encontrada na mocidade. Assim que Al. Kelly salienta «the prevalence of the disease amoug young subjects»; Picchini diz que «il massimo dei poliorro-

meniticì di mia osservazione (43 sopra 50 casi) trovasi nell'etá compresa fra i 60 e i 30 anni»; e Gavagny e Bassi sentenceiam: «essendo rara abbastanza al disopra dei quaranta».

Porque o rheumatismo polyarticular agudo pode se anestar primitiva ou secundariamente nas tres grandes serosas, separadamente não é muito que se considerasse responsavel pelo accommettimento simultaneo ou successivo das mesmas. Si no caso VI de Dickinson (trata-se de uma polyorrhomenite precedida 6 mezes antes de rheumatismo acompanhado de dôr precordial) se acceitar essa filiação etiologica, o mesmo não se dá com os casos outros consignados na litteratura medica, nos quaes ou o rheumatismo não foi notado senão muitissimo anteriormente ao estado actual, ou de todo nunca existiu ou não é assignalado na historia progressa.

Factor etiologico professado pela maioria dos auctores, por signal que alguns denominam a polyorrhomenite—tuberculose der Serösen —(Vierordt, Strümpell), e canonizado por Picchini, a tuberculose pode ser apontada á conta não só da sua bem conhecida predilecção pelo ataque ás serosas, do seu apparecimento não raro insidioso, senão ainda da sua evolução torpida e chronica, por vezes intermittente. Varias objecções podem ser levantadas e o foram pelos contradictores de Picchini, que as não rebateu de modo irrefragavel. Assim, o facto do processo inflammatorio na polyorrhomenite acantoada longos annos na pleura, não se propagar ao pulmão, orgão altamente phymatophilo. Depois, na polyorrhomenite a tuberculose pode sobrevir secundariamente, enxertando-se a um processo primitivamente não tuberculoso, como muitas vezes sóe acontecer nas molestias de evolução longa.

Não é tudo: casos ha meticulosamente observados e convenientemente autopsiados, nos quaes não tem sido possivel verificar a natureza tuberculosa nem macros, nem microscopica, nem bacteriologicamente. E'o que resulta por exemplo da observação de Kelly que, a esse respeito, diz: *In my own case careful microscopical examination of the tissues failed to disclose any tuberculous lesions*— e do caso de Simon, no qual «*jegliche tuberkulöse Charaktere fehlten auch mikroskopisch volkommen*». Taes provas, bem como a evolução clinica, o exame bacteriologico dos exsudatos, a experimentação em animaes, quando negativos no ponto de vista da tuberculose, não são para Picchini decisivas para excluil-a. No emtanto é inconcusso que nessas condições fallecem-nos elementos para num dado caso affirmal-a.

Como corollario do expendido devemo-nos acostar á opinião de Gilbert e Garnier, isto é que no estado actual de nossos conhecimentos sobre o assumpto não estamos auctorizados a admittir uma etiologia univoca para a polyorrhomenite, senão a lhe acceitar a pluralidade de origem.

No concernente á pathogenia do syndromo em questão domina-a, norteia-a o mechanismo da producção da ascite, por isso que esta, sobre ser o symptoma mais constante, não raro o mais interessante e muitas vezes o mais precoce, é dotada de caracteres peculiares. De feito, a ascite assume aqui notaveis proporções; é recurrente, isto é uma vez punccionada, reproduz se com rapidez, carecendo de multiplas paracenteses (v. g.: no caso de Rumpt foram practicadas 301 puncções, no de Osler 121): não vem geralmente emparceirada a edemas, movimento dos membros inferiores, sendo que o edema, quando sobrevem, é discreto, ás vezes intermittente, outras vezes só surgindo no ultimo estadio do morbus; em alguns casos persiste estacionario por muitos annos, não vem ladeado da rêde venosa das paredes abdominaes. De tal monta é a ascite, que a sua ausencia no complexo symptomatico até certo ponto abala os espiritos no instituir a diagnose. Foi o que succedeu a Howard, Fussell e Henry Jump ao publicarem a sua observação sem a presença de ascite; será o de que se averbará uma de nossas observações, embora com o depoimento anatomo pathologico.

Encarando-se a questão da pathogenia em un ponto de vista geral, pode-se, do acervo de opiniões apparentemente variadas, desentranhar duas condições primordiaes que pleiteiam responsabilidade no que toca a ascite, aparte, já se vê, minucias de menor quilate e não contando com o modo de vêr demasiado complexo e um tanto ecletcico de Eisenmenger. Uma das condições é propugnada por Pick, que neste particular é secundado, d'ntre outros, por Galvagny, Nachod, Bozzolo: refere se ás alterações hepaticas, a ascite sendo então o resultado de um estase do figado consecutiva a uma pericardite latente, e o liquido extrahido um transsudato.

A outra condição admittida pela maioria dos auctores, como Weiss, Heidemann, Schupfer, Werbatus, Capporali, etc., é representada pela peritonite chronica, de que promanaria a ascite, sendo o liquido um exsudato. Auctores não faltam que aqui se apegam á peritonite, alli recorrem aos disturbios circulatorios e á falsa cirrhose do figado.

A importancia da peritonite na genese da ascite accentua-se mais e mais, mau grado o sentir de Pick, que d'ella faz tabra rasa, va-

lendo-se de argumentos facilmente pulverizaveis. Estos enfeixam se em tres: *a*) a carencia de fortes alterações peritoneaes em grande numero de casos autopsiados; *b*) verificação, no inicio, de hypermegalia hepatica nos casos de existencia de peritonite e particularmente de perihepatite; *c*) a predominancia constante por longo tempo da ascite sobre os edemas das pernas podendo sobrevir tambem nas cardiopathias. Taes objecções, como o pondera judiciosamente Eisenmenger, não provam que a peritonite não seja causa; quando muito indicam que não sempre esta é a peritonite. Sem querer ir mais longe basta sublinhar que verificou-se enorme desproporção entre os casos em que se deparavan as lesões hepaticas referidas por Pick e as em que a ascite estava presente, sende estes em numero muitissimo maior, entretanto que a pseudo cirrhose do figado faltava em grande numero de casos. O espessamento e as adherencias do peritoneo attribue-as Pick á infecção vinculada a paracenteses repetidas. Sendo assim, não se poderia explicar como, ao revez de surtos agudos, a peritonite consecutiva a tão numerosas paracenteses segue uma marcha chronica e silenciosa, sem nunca se observar a metamorphose purulenta, mau grado essas infecções. Assim, na maioria dos casos a ascite é explicada satisfactoriamente pela perihepatite e peritonite, sendo ainda muito poucos os casos em que se tem com esse intuito a invocar a actividade hepatica.

Os caracteres, assim physicos como chimicos, do liquido não ministram mui valioso subsidio á solução da questão, por isso que variam en limites dilatados. A densidade apresenta-se com cifra differente nas diversas phases do mal, sendo que nos casos de Picchini havia oscillação de 1007 a 1022. Quanto a albumina notou Picchini taxas porcentuaes variando de 15.0 a 50.0 por 1000. Para a obra da descriminação semeiologica devemos mais vezes contar com elementos outros, com quanto ás vezes passiveis tamben de excepção. Referimo-nos á prova de Primavera, isto é precipitação, pelo acido acetico, da para-albumina no exsudato e não precipitação nos transsudatos; á prova de Rivalta, que aliás o Dr. Tornaghi deparou negativa num exsudato e positiva num transsudato; á prova da soro lipase exalçada por Zevi, consistindo na actividade lipasica tres vezes maior no exsudato da que no transsudato; á pesquiza da glycose, á dosagem da acetona; á prova da amylase encarecida por Galleta, que encontrou a cifra maxima do fermento amylolytico nos transsudatos e a minima nos exsudatos; ao exame cytologico—presença quasi exclusiva dos lymphocytos nos exsudatos e finalmente á verificação ou

não do bacillo de Koch, á seroagglutinação, ás culturas e ás inoculações.

Ás duas hypotheses pathogenicas são correlatos dous mechanismos de successão do accommettimento das serosas, cujas modalidades são synthetizadas por Picchini em tres grupos: ascendente, descendente e transversa.

No primeiro grupo a localizaçao primitiva é no peritoneo, d'onde se propaga a uma ou outra pleura ou a ambas, ou ainda, embora excepcionalmente, ao pericardio.

No 2º grupo a lesão se assesta primitivamente em uma ou outra pleura extendendo-se ao peritoneo. No 3º grupo á lesão partido de uma das serosas da cavidade thoracica alastra-se a uma ou duas outras serosas de peito.

No primeiro e terceiro caso a propagação inflammatoria dá-se *per contiguitatem* ou pelos vasos sanguineos e lymphaticos. A transmissão por contiguidade é explicada pela theoria dos poços lymphaticos de Rauvier e pelo facto de que os feixes de inserção do diaphragma na base do appendice xyphoide deixan um espaço mais ou menos largo, atravez do qual o tecido conjunctivo do mediastino communica com o tecido conjunctivo subperitoneal (Tillaux).

En contraposição á variedade das opiniões attinentes á etio-pathogenia e ao variavel do repertorio clinico, está o constante do substratum anatomo-pathologico da polyorrhomenite.

Antes do mais, importa frisar que no syndromo em questão o processo tem tendencia a se circumscrever ás serosas, sendo que, com a resalva do figado, as lesões organicas são raras e, quando existem, são de somenos importancia. De un modo geral as lesões inflammatorias revelam-se ao exame necroscopico pela presença de um exsudato na cavidade das serosas e pela adherencia ou symphise dos dous folhetos, devendo-se contar com os grano de intensidade variavel, desde o simples despolido da serosa, passando pela exsudação serofibrinosa ou serosa, pelos espessamentos, adherencias, até a calcificação. Embora não faltem excepções, poder se-hia dizer que nos casos de marcha aguda ou subaguda a polyorrhomenite daria ao exame anatomo pathologico exsudatos simples ou espessamentos. Nos casos de marcha chronica deparar-se-hian formas adhesivas, cartilaginosas. A respeito da phlogose pleural nota-se mais vezes presença de exsudação em via de regra liquida, depois as adherencias mais ou menos extensas, com ou sem propagação aos orgãos visinhos, sendo ao demais d'isso a pleura direita a mais acommettida

No que toca ao pericardio podemos encontrar as placas leitosas, bem como a presença de liquido só ou com espessamento da serosa, adherencias á paredes e aos orgãos circumdantes, calcificação ou ossificação. A peritonite, localização mais importante do syndromo, dominando não raro a situação, tem como caracteristica mais geral produzir exsudação liquida. Afóra esas lesões, que passámos en rapida revista, tem grande valor, por isso que é uma alteração typica da polyorrhomenite, o chamado *zuckergussleber* dos allemães, o *iced liver* dos inglezes, *foie glacé* dos francezes, que corresponde á hepatite intersticial por peritonite chronica (Bassi), cirrhose perihepatogena (Gilbert e Garnier), cirrhose sub capsular (Huet e Dejerine). Essa lesão que já em 1842 pormenorizára Rockitansky, era em geral conhecida pela expressão perihepatite chronica hyperplastica, até que Cursharann designou-a pelo nome de *zurckersgussleber* para exprimir o aspecto que apresenta a superficie do figado como si fôra coberto de assucar. Esta alteração consiste em deparar o figado na face connexa uma codea branca, opaca ou translucida, constituida por sua propria capsula espessada, côr comparada por uns (Schmalz e Weber) á porcellana, por outros (Hübler) á louça.

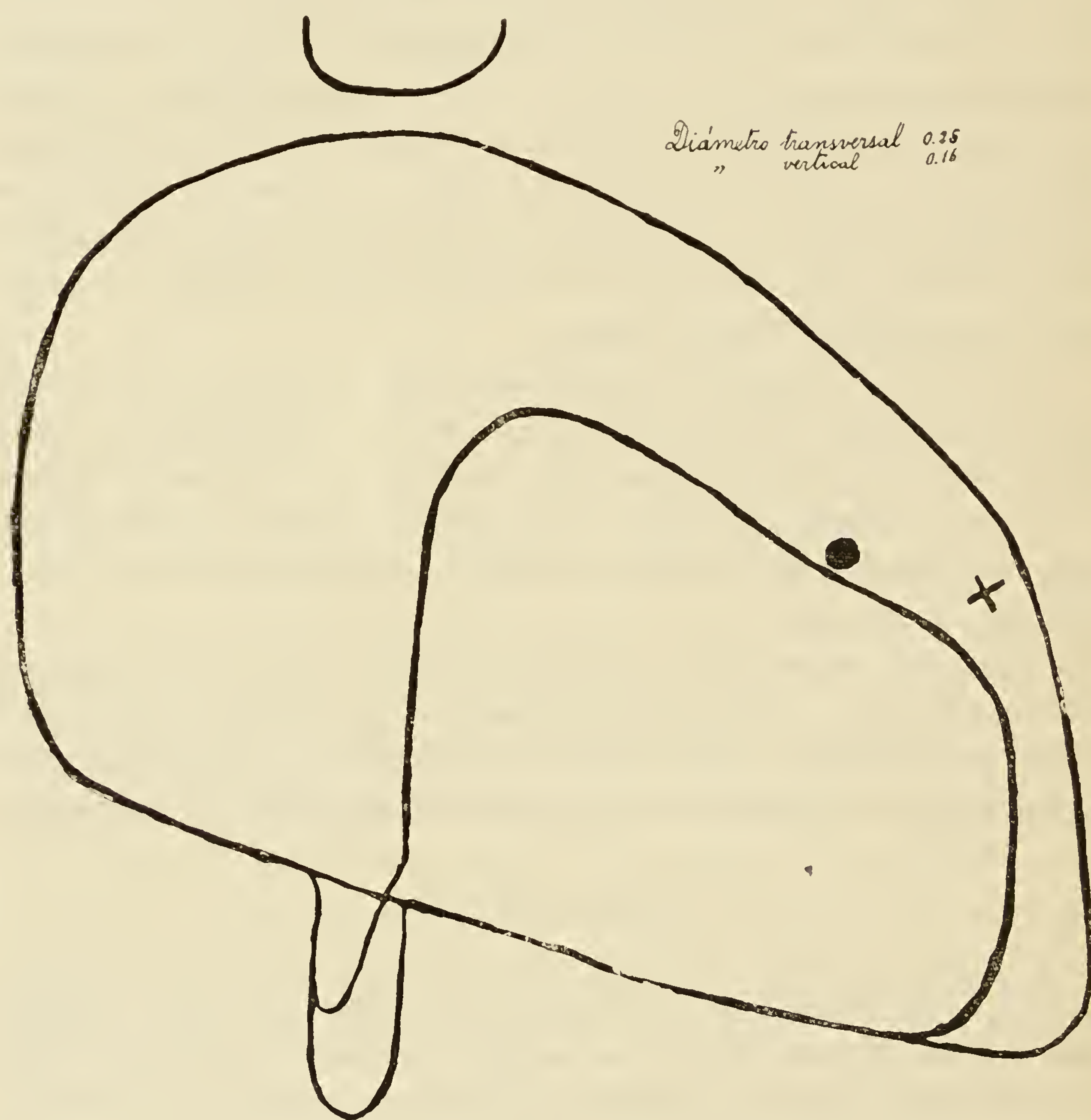
O baço pode tambem, conjuntamente com o figado ou insuladamente, apresentar, além da perisplenite, mercê da qual entretem adherencias com os orgãos visinhos, lesão analoga á descripta no figado, constituindo o *zuckergussmibz*. Aqui, como no figado, ás vezes ha proliferação do tecido conjunctivo no interior do parenchyma, proliferação advinda da capsula.

A polyorrhomenite não se exterioriza clinicamente por symptoma novo ou especial, senão pelas variedades de associação no ataque ás serosas pelo processo inflammatorio. Assim sendo, superfectação seria repisar signães, indicativas da pleurite, da pericardite e da peritonite.

OBSERVAÇÃO I

V. F. S, 40 annos, portuguez, carregador, casado.—Teve sarampo na infancia e um cancro venereo aos 18 annos, sem nunca ter apresentado nem symptomas nem signaes de infecção luetica, cujos estigmas não logramos pôr em destaque. Usava vinho e aguardente, porém só ás refeições. Ignora os antecedentes hereditarios. Refere que a molestia começou mais ou menos ha um anno, com fastio, edema discreto dos membros inferiores e ascite, só muito mais tarde apresentando dyspnea e cansaço. Quando deu entrada na enfermaria da clinica propedeutica a cargo do professor Miguel Couto, a 20 de junho de 1906, offerecia ao exame o seguinte: individuo de estatura mediana, pesando 60 kilogrammos, tez pallida, emmagrecido, com a *facies* levemente vultuosa, com ascite, edema discreto dos membros inferiores, edema do escroto e do penis, certa estase das jugulares; figado e baço inaccessiveis ao

exame; choque da ponta do coração no 5.º intercosto para dentro da linha mammilhar; não ha augmento da area da macissez cardiaca, nem a relativa nem a absoluta; bulhas um tanto abafadas na ponta, estando na base clangorosa a segunda bulha e a primeira um pouco suada; não ha augmento a area preaortica; pulso a 70 com 15 de tensão ao esphymomanometro de Sahli; urinas de côr amarello claro, limpida, acida, 1.014 de densidade, com 0.30 por 1,000 de albumina, sem glycose nem outros elementos anormaes, com 5.0 de chloretos, 12.0 de urea, 0.60 de acido urico. Os edemas, menos a ascite, dissiparam-se dentro em pouco com o regimen deschloratado. Punccionado o ventre, o paciente emittiu um liquido citrino, densidade 10.19 com 3 °/. de albumina, prova de Rivalta positiva, 35 °/o de lymphosytos. Uma semana depois reproduz-se o liquido, tendo sido practicada nova paracentese, que se repete 12 dias depois. Ya o doente passando soffrivelmente com o seu regimen deschloretado, alternando com o regimem lacteo e medicação adequada, senão quando a 10 de agosto depara-se em estado grave.



Reducción á 1 5

Então nota-se orthopnéa, pulso a 130, tensão 11 (Sahli), grande augmento da area de macissez, tanto absoluta como relativa, qual se deprehende da figura, *mucro cordis* chocando a parede thoraxica no 4.º intercosto para fóra da linha mamillar, a palpação dando choque onde á inspecção é retracção (signal de Duroziez), na ponta sopro profundo, systolico, suave

sem area de propagação, attrito de couro novo, perceptivel claramente pela palpação e pela auscultação, comparavel a ruido de locomotiva, mesosystholico e mesodiastolico, collapso diastolico e intumescencia inspiratoria das jugulares (signal de Friedreich), ausencia do *pulsus paradoxus* de Kussmaul.—Urinas: quantidade 200, densidade 1010, albumina 0.50 por litro, chloretos 3.0. No dia 11 continúa o mesmo estado, notando-se irradiação do attrito pericardico até no dorso para região interscapular na sua metade esquerda. Pulso 130, tensão 11, edema dos membros inferiores, ascite. No dia 13 continúa o mesmo estado e um attrito pleural de cauro novo sem grande extensão da parte media e posterior do hemithorax esquerdo.

Dia 14.—Persistem o attrito pericardico claramente audivel em toda a area cardiaca e no dorso e o attrito pleural. Notam-se tambem estertores sonoros diffusos em ambos os pulmões. Houve augmento de quantidade da urina, que chega a 1 litro, sendo a densidade 1.012, uréa 15.0, chloretos 8.0, albumina 0.40.

A 17 o attrito tanto pleural como pericardico são difficilmente percebidos atravezes de ronchos e estertores sonoros.

Aos 18 continúa orthopnéa e edemas pouco accentuados nos membros inferiores, sobrevem delirio manso no meio do qual o doente canta e persigna-se. Submacissez das bases dos pulmões nas quaes se notam estertores crepitantes. Attrito pericardico só perceptivel junto a borda esquerda do esterno; ainda se ouve o pleural. Exitus lethalis ás 11 horas da noite.

Sectio. —Forte adherencia do mediastino com o esterno, pericardio de côr avermelhada, deixando pela abertura escoar-se escassa quantidade de um liquido serofibrinosso, folheto parietal muito duro e espessado tendo 0.004 de espessura na ponta meia e anterior, adherindo ao folheto visceral na base do coração; o pericardio visceral acha-se revestido de camadas de fibrina e tanto que não permitte se vejam os sulcos interventricular e auriculoventricular nem os vasos coronarios Esse espessamento do pericardio e deposito de fibrina invadem toda a serosa do coração, tanto anteriormente como posteriormente, até na parte basilar que envolve os vassos emergentes dos ventriculos. Forte adherencia, verdadeira ankilose do pericardio com o diaphragma. Coração nimiamente hipertrophiado, o ventriculo esquerdo com as paredes muito espessadas, 0.05 de espessura, ventriculo direito 0.01 de espessura nas suas paredes Ostios e valvulas normaes. Aorta com varias placas de atheroma na punção ascendente e transversa da crossa, sendo o calibre normal. Coração, pericardio e aorta pesam 1,500 gramos. Adherencias da pleura esquerda com o pericardio, adherencias da pleura diaphragmatica esquerda com o diaphragma. Pulmões congestionados e o esquerdo com uma superficie na parte media e posterior de arrancamento por ter ficado o folheto visceral da pleura collado ao folheto parietal.

Peritoneo cheio de um liquido citrino, sendo a folha parietal muito espessada e enviando bridas ás alças intestinaes. Figado pesando 1,500 grammos, sem aspecto de figado de cirrhose, duro, regular, com a face convexa brancacenta, recoberta de uma como camada de assucar branco, ligamento suspensor espessado, vesicula cheia de liquido verde. Rins atrophiados, com o aspecto, depois de descorticado, do pequeno rim granuloso, pessando 400 grammos conjuntamente com a capsula suprarenal. Esta isoladamente pesa 25 grammos. Baço com perisplenite, coberto de camada esbranquiçada.

OBSERVAÇÃO II

M S., portuguez, 39 annos, carpinteiro, solteiro. — Antecedentes personaes: sarampo quando lactante, febre amarella no anno em que aportou ao Brazil (1888), rheumatismo subagudo aos 18 annos de edade, blenorrhagia e cancro molle. Antecedentes hereditarios sem

importancia. Não abusava de alcoolicos. Diz ser desde os 20 annos atormentado por ataques asthmaticos que, sobrevindo mensalmente, espaçaram-se-lhe de 15 dias mais ou menos no Rio de Janeiro, tendo dessapparecido completamente com a estadia de alguns annos no Rio Grande do Sul, para resurgirem, tanto que volveu a Capital Federal.

Deu entrada na enfermaria de clinica medica propedeutica aos 15 de setembro de 1906 com violenta orthopnéa. Este symptoma de parceria com a existencia do thorax em tonnel, com a hypersonoridade á percussão dos pulmões, com a diminuição do murmurio vesicular, com estertores sibilantes disseminados, na ausencia de alterações para o lado de outros orgãos, justificou o diagnostico de corise asthmatica com emphisema pulmonar. A crise prolongou-se cerca de quatro dias e durante um persistiu uma certa affrontação, podendo, porém, o doente deitar-se. No começo de outubro sente-se muito melhor e obtem alta. Quinze dias depois eil-o de volta accommetido de orthopnéa, menos violenta, que se vai amainando aos poucos. Um exame minucioso não pou de desvendar nada além do que se apurára quando o doente estanceiou pela primeira vez na enfermaria. O coração esos vasos particularmente examinados, a não ser certo abafamento das bulhas, porventura imputavel á má transmissão pelo pulmão emphysematoso, e leve augmento da area da macissez relativa do coração, nada mais revelaram. Ao cabo de quatro dias é tomado da respiração de Cheyne Stokes, seguida horas depois da morte.

Necropsia:—Grande adherencia das pleuras, tanto á direita como á esquerda do thorax, sendo em muitos pontos difficil destacar o pulmão sem haver ruptura do parenchyma; pulmões emphysematosos, sem tuberculose nem lesão outra. Synechias da pleura esquerda con o pericardio. Este apresenta a sua cavidade cheia de derramen serofibrinoso. Placa leitosa occupando grande parte da face anterior do coração. Este com as cavidades dilatadas e as paredes um pouco espessadas; nenhuma lesão para os orificios e valvulas Nem macros, nem microscopicamente nenhuma anormalidade para o lado dos outros orgãos.

Assim, tratava-se de um caso de polyorrhomenite transversa.

OBSERVAÇÃO III *

«J. L. da S. M., côr branca, 43 annos de edade, brazileiro, natural do Estado de S. Paulo, solteiro, empregado no commercio, deu entrada no hospital da Santa Casa da Misericordia em 18 de Fevereiro de 1905. Refere que seu pae morrera ainda moço e em consequencia de uma longa paralysia; a sua mãe falleceu de uma affecção cardiaca. Tem 4 irmãos, todos vivos: um teve um ataque cerebral que o privou do uso da palavra; os outros gozam de boa saúde. Em creança foi elle accommettido de variola discreta; depois do que foi sempre sadio até ao 10 annos, quando teve un ataque de rheumatismo com febre e intumescimento do joelho direito. Esse rheumatismo durou mais ou menos um mez, no fin do qual curou-se. Posteriormente teve un accesso grave de impaludismo de que tambem curouse, sem mais ser victimado por esta infecção. Em principio do anno de 1900 foi accommettido de uma pleuresia do lado esquerdo, tendo-se tractado na Associação dos Empregados no Commercio, onde foi feita a puncção aspiradora; lembra-se o paciente ter sido retirado um liquido amarello claro, em pequena quantidade. Sentia então tosse.

Em pouco mais de un mez restabeleceu-se completamente; d'ahi em diante refere ter gozado sempre de boa saúde até que em Julho de 1904, residindo na praia de Copacabana, apanhou um resfriamento do qual faz datar a molestia presente.

---

* Esta observação é extractada da these do Dr. João Gomes de Amorim, por occasião de cuja leitura não havia occorrido o obito que se verificou muito mais tarde, tendo confirmado o juizo diagnostico emitido *intra vitam*.

O paciente que não tem antecedentes syphiliticos, confessa ter habitos alcoolicos pronunciados; diz que alimentava-se mal e para despertar o appetite ingeria então o alcool. A molestia actual começou com mal estar geral, quebrantamento de corpo, indisposição para o trabalho. Apezar disto continuou sempre a trabalhar e tinha bom appetite, dormia bem. Pouco tempo depois começou a sentir cansaço e falta de ar quando andava ligeiro ou subia qualquer elevação; além disso manifestou-se uma diarrhéa intermittente, dôr na região hepatica e após algum tempo tambem dôr na região precordial. Esses phenomenos foram pouco a pouco se accentuando, tendo augmentado a fraqueza geral a ponto de impossibilital-o para o trabalho; o cansaço tornouse mais intenso; observou em seguida edema do pé direito, que depois desappareceu para não mais voltar; ao mesmo passo que notava augmento do ventre. Resolveu então hospitalizar-se, tendo sido internado na 7.ª enfermaria a cargo do prof. Miguel Couto.

Estado actual—O paciente apresenta-se antes de tudo pallido, emmagrecido, com a physionomia abatida e um certo ar de tristeza.

Apparelho circulatorio—A'inspecção, nota-se una retracção systolica de uma area da parede thoracica nas circumvisinhanças da ponta do coração, area comprehendida desde o 5° espaço intercostal esquerdo a 0m.02 para fóra do esterno até ao 6° espaço do mesmo lado, uns 0.03 para baixo e para fóra da ponta. Pela apalpação sente-se um choque diffuso, não sendo possivel determinar onde bate a ponta do coração; sente-se egualmente pela applicação da mão na região precordial um ligeiro fremito. Só pela percussão podemos determinar que a ponta bate no 5° espaço intercostal esquerdo, quasi por traz da 6ª costella e immediatamente abaixo do mamillar. Verificou-se então que a area de matidez cardiaca não estava muito augmentada; a mensuração pelo planimetro de Hamsler deu $102^{cm^2}4$. A auscultação demonstrou que a primeira bulha na ponta era fraca; a 2ª muito reforçada tanto no foco aortico como no pulmonar. Percebe-se um ruido de attrito bastante rude, verificando-se que começa um pouco antes da systole e prolonga-se durante esta phase da revolução cardiaca, tem o maximo de audiencia no 5° espaço interchondral esquerdo a 0,03 para dentro da mamilla; não se propaga. O pulso é un pouco fraco, regular e bate 70 por minuto. Não tem o pulso paradoxal de Kursmane nem o phenomeno das veias de Friedreich.—*Apparelho respiratorio.*—Primeiro que tudo a inspecção denota emmagrecimento do thorax: fossas supra e infra-claviculares aprofundadas; emmagrecimento este que contrasta com o desenvolvimento e a prominencia do ventre. A região interscapulo espinhal do lado esquerdo está sensivelmente estreitada em confronto com a do lado direito. Pela apalpação encontramos o lado direito normal; no lado esquerdo quasi abolição do fremito thoraco vocal. A percussão demonstrou na parte anterior de ambos os pulmões sonoridade normal; na parte posterior á direita normal; á esquerda (lado do antigo pleuriz) matidez na metade inferior, a qual se estendia tamben á parte lateral. Pela auscultação verificou-se a abolição quasi completa do murmurio vesicular que é substituido por um sopro na parte posterior, metade inferior do pulmão esquerdo. No lado direito murmurio sensivelmente normal. A voz pela auscultação se mostra retumbante e com um caracter especial, fanhosa; ha bronchoegophonia. Toda a auscultação, vale referir, é um pouco embaraçada pela propagação dos batimentos cardiacos. A cystometria deu para o lado direito 17 e 1/2 cents, e para o lado esquerdo 16 1/2; essa differença pequena por certo não adianta grande cousa ao diagnostico. Entretanto a metade esquerda do thorax parece mais emmagrecida que a direita; os espaços intercostaes mais visiveis que os do lado opposto O doente não apresenta dyspnéa nem tosse.—*Apparelho digestivo.*—Lingua humida, larga, vermelha nos bordos e na ponta, saburrosa no centro. O paciente accusa dôr á pressão no figado que não está augmentado de volume. O baço apresenta-se com um sensivel augmento e mais doloroso que o figado. As evacuações são regulares e o doente tem bon appetite.—*Apparelho nervoso.*—Nada ha de anormal.—*Apparelho urinario.*—O primeiro exame

de urinas feito na entrada do paciente demonstrou: densidad 1010, reacção acida, sem albumina e sem assucar. Além de todos esses signaes encontra-se ainda augmento de volume do ventre, cuja parede é flaccida, não havendo signaes de meteorismo. O augmento é resultado da ascite, mostrando-se o ventre não globuloso e arredondado, mas tendo o seu maior desenvolvimento no sentido antero-posterior, o maior diametro seria o vertical. Este facto, registrado já por algums auctores, dá un caracter especial á prominencia do ventre. O liquido do derrame parece livre na cavidade abdominal. O enfermo não apresenta edemas, mas cyanose dos pés e mãos. O primeiro tratamento instituido consistiu em repouso,regimen lacteo e administração de capsulas de 5 centigr. de calomelanos em pó, digitalis e escanonéa, para tomar 4 por dia.

Nos primeiros dias de Março, accusou o paciente dôr na região media e posterior do pulmão direito, a qual cedeu promptamente á applicação de tinctura de iodo. Uma pharyngite aguda que o accommetteu quasi ao mesmo tempo egualmente dissipou-se com um gargarejo de chlorato de potassio. O exame da urina repetido nos dias 4 e 11 de Março permittiu verificar a reacção acida, densidade 1018, ausencia quer de albumina, quer de assucar. Até meiados do mez de Março o estado geral manteve-se o mesmo; continua-se a notar cyanose das extremidades; diz o doente ter appetite; dorme bem; não ha desordens gastro-intestinaes. A urina é abundante e o exame no dia 18 revela que a sua densidade é de 1012; a côr amarello escura, quasi avermelhada; acida sem albumina e sem assucar. O pulso é de 72 por minuto. No dia 20 feita a punção exploradora com a seringa de Süer esterilizada —na pleura o resultado foi negativo; no peritoneo recolheu-se um liquido limpido, amarello citrino, espumoso. Pelos densimetros commum e de Rousseau a densidade média era de 1012; continha 20 ‰ de albumina. A reacção de Rivalta deu resultado negativo, falhando a formação da lagrima pelo acido acetico. O exame cytologico denotou uma lymphocytose moderada.

Diagnostico—Trata-se aqui de um doente que 4 a 5 annos depois de um pleuriz esquerdo exsudativo apresenta todos os caracteres de um derrame no mesmo lado do antigo pleuriz. Em contraste, porém, com estes signaes, ha em vez de abahulamento, uma retracção do thorax mais pronunciada do lado esquerdo e a punção exploradora deu resultado negativo. As costellas d'este lado são mais visiveis, os espaços intercostaes mais pronunciados. Isto, juncto aos phenomenos anteriormente descriptos no exame do apparelho respiratorio, auctoriza a pensar uma pachypleuriz hypertrophico com adherencias para o pulmão e esclerose pulmonar na zona correspondente. Além d'isto o doente apresenta signaes de pericardite chronica e uma ascite de marcha insidiosa que ultimamente tende á regressão. Tratar-se hia pois de um caso de polyorrhomenite chronica com a localização inicial (segundo o historico) na pleura esquerda e consequente ataque do pericardio e do peritoneo. O paciente vive ainda.

De Março a Junho nada occorre digno de registo, a não ser que o doente tornava-se mais e mais concentrado, retrahido, preso de idéas melancholicas. Em meiados deste ultimo mez (junho de 1905) suicida-se, precipitandose de uma janella.

Ao exame necroscopico apurou-se o seguinte: pericardo sem derrame na cavidade, com o folheto parietal espessado (0.003) e despolido, com o folheto visceral apresentando largas placas brancacentas e opacas, uma na face anterior do orgão attingindo o tamanho de uma moeda de mil réis; não se notavam synectrias. Pleura esquerda da espessura de 0.04, adherente ao folheto visceral e ao pericardo, pulmão reduzido a um pequeno coto e recalcado para o fundo da gottera costo-vertebral e para o apice, sem lesão tuberculosa; pleura direita contendo na sua cavidade pequena quantidade de liquido serofibrinoso. Figado augmentado de volume e congesto, sem caracter de figado cirrhotico, superficie lisa e dura; liquido na cavidade peritoneal; baço augmentado de volume e adherente aos orgãos circumvisinhos. Rins sem lesões appreciaveis macroscopicamente. Nada para as meninges nem para o encephalo.

OBSERVAÇÃO IV

J. G., 15 annos, creoulo, brazileiro, collegial.—Antecedentes hereditarios. —Pae fallecido, de que ignora. Mãe, viva ainda, de 38 annos, parda, tendo tido 12 prenhezes, de que houve tres abortos e nove filhos a termo, d'estos 6 sendo já fallecidos, a saber: 1 de croup, 3 de gastroenteritis, 1 de palludismo, 1 de bronchite capillar. Avó materna vive ainda, tendo tido 9 filhos, 8 dos quaes já são mortos. Avô materno fallecido de variola.

Antecedentes pessoaes.—Sarampo e varias bronchites, uma vez ou outra embaraço gastrico Refere que pouco antes da molestia actual teve uma gastroenterite com febre alta e delirio. Em novembro de 1905 começou a se queixar de dôres no ventre maiormente do lado esquerdo, com nauseas e vomitos, tendo sido tratado como appendicite. A isso junctou-se uma bronchite e mais tarde uma leve ictericia que perdurou um mez. Na convalescença da molestia surgiram-lhe edemas nos membros inferiores que d'entro em pouco generalizaram-se, lembrando de ter ouvido ao medico a existencia albumina nas urinas. Convenientemente tratado, tudo cedeu menos a ascite, o que o levou a peregrinar por alguns consultorios medicos. Baldo de recursos recolheu-se á Santa Casa de Misericordia, na 7.a enfermaria da Clinica Medica Propedeutica. Esqueceia relevar que nunca usou alcoolicos.

Status præsens.—Menino franzino, apparentando ter 12 annos em vez dos 15 como assevera. Nota-se-lhe micropolyadenopathia. Desde logo a attenção é attrahida para a prominencia abdominal, que se reconhece constituida por uma collecção livre de liquido na cavidade peritoneal. Depois da paracentose o figado revela-se augmentado de volume, apresentando estas dimensões: 0.19 na linha paraesternal, 0.20 na mamillar e 0.192 na axillar anterior; não é doloroso, nem irregular a apalpação. Baço tambem bastante augmentado, palpavel e excedente a reborde costal, mas não doloroso, medindo o diametro vertical 0m.13 e o transversal 0m.11.

Exame hematologico:

Globulos vermelhos, 3.852,000.
Leucocytos, 6,600.
Hemoglobina, 0.98 (Gorven).
Densidade, 1.065 (Hammerschlag).
Coagulação, 3' (Sabrazès).
Relação globular, 1 : 583.

Contagem especifica:

Polynucleares neutrophilos, 77 %.
Polynucleares eosinophilos, 1 %.
Grandes mononucleares 8 %.
Grandes lymphocytos, 12 %.
Pequenos lymphocytos, 2 %.
Mastzellen, 00 %.

Exame de urina:

Volume, 600 cc.
Densidade, 1.022.
Reacção acida.
Albumina, 0.54 (Esback).
Glycose e pigmentos biliares.—Não ha.
Chloretes, 6.9.

Uréa, 9.34.
Phosphatos, 2.8.
Acido urico, 0.40.

Exame do sedimento: crystaes de urato de sodio e phosphato tricalcico. alguns globulos brancos, alguns cylindros hyalinos.

Liquido ascitico:

Volume, 3 litros.
Côr citrina.
Densidade, 1.020.
Albumina, 14 °/₀₀.
Pigmentos negativo.
Prova de Rivalta negativa.
Reacção alcalina.
Chloretes, 6.5 °/₀.
Glycose não ha.

Exame cytologico:

Pequenos lymphocytos,	60 °/₀	lymphocytose 82 °/₀.
Grandes lymphocytos,	22 °/₀	
Polinucleares,	18 °/₀	
	100 °/₀	

Uma semana depois o doente retirou-se da enfermaria sem ter havido modificação do seu estado. Releva notar que o paludismo é negativo no seu passado e o foi ao exame hematologico. Durante a sua estadia na enfermaria não apresentava edema nos membros inferiores nem nos superiores, nem no rosto. A area de macissez relativa do coração estava um pouco augmentada, percebendo-se um attrito no terceiro intercosto na proximidade da borda esternal esquerda Pulso á 80, pressão 180 (Riva-Rocci). Nada de notavel para o lado do apparelho respiratorio. Estando a molestia ainda em evolução, pode-se dar que á phlogose do peritoneo e do pericardio se venha ajuntar á da ou das pleuras. O interesse d'este caso está na megalosplenia que apresenta, o que, comquanto não seja raro, registando-se mesmo o caso de Pick com baço 5 vezes maior do que o estado normal, póde, maximé nos paizes tropicaes, concorrer para embaraçar a diagnose.

BIBLIOGRAPHIA

João Gomes de Amorim.—Estudo da Polyorromenite. These da Faculdad do Rio, 1905.
Garfield Perry de Almeida.
Agenor Porto.—Registro da Clinica Medica. Rio de Janeiro, 1906.
Hambursin.—Bull. de l'Acad. Royale de Med. Belgique, 1870, tom. IV.
Vierordt.—Die Tuberculöse der serösen Häute, Zeitsch. f. Klin. Med. 1887, Band. II, s. 174.
Strüpell.—Fr. de Path. spéciale, 1898, tom. I, pg. 412.
Curshmann.—Deutsch Med. Woch. 1884, n.° 35.
Pick.—Zeitschrift f. Klin. Med. 1896, Bd. XXIX, s. 406.
Schmalz und Weber--Deutsch Med. Woch, 1899, n.° 12.
Eixumenger—Wiener Klin. Woch. 1900, n.° 11.

Huchard et Deguy.—I. des Practiciens 4 Dec. 1897.
Labadie, Lagrave et Deguy.—Arch. gén. de Med. Oct., Nov., Dic.
Picchini.—Il Morgagni, 1891 pg. 608.
Galvagni e Bassi.—Trat. it. di Pat. e Terap. de Cantania e Maragliano, vol. V, p. II, pg. 134.
Rovère—Il Morgagni. Ottobre, 1901 pg. 637.
Dickinson.—Amer. Journ. of. med. scien. 1896, n.° 296.
Gilbert et Garnier.—Tr. de Med. de Brouardel et Gilbert, tom V. Symphise péricardique perihépatique.
Schupfer.—Il Policlinico, 1897, vol. IV, pag. 201.

Polineuritis aguda infantil: pseudo parálisis espinal infantil

POR EL

Dr. Jacinto de León (de Montevideo)

La polineuritis aguda generalizada, consecutiva á infección ó infecciones indeterminadas, quizás influenza, que se observa en los adultos, no con frecuencia, es muy rara en la infancia. De ordinario se diagnostica, en esta primera edad, parálisis espinal infantil, cayendo el médico en un lamentable error, causa de su descrédito y de profundo é inmotivado disgusto de los padres del pequeño paciente, que le consideran condenado á una parálisis incurable; y lo que es más sensible aún, no tratando al enfermito convenientemente, puede retardarse su curación, y en los casos graves cumplirse el equivocado pronóstico y hasta terminarse con más probabilidad por el fallecimiento.

Yo he tenido el año pasado cinco casos: dos que considero evidentes (casos 1.º y 2.º), porque terminaron en curación completa; uno claro y grave (caso 5.º) y dos dudosos (caso 3.º, y especialmente caso 4.º) que clasifico de neuronitis, porque no he podido seguirles en toda su evolución ó hacer autopsia y estudio anatomo-patológico, como hubiera sido necesario, para formular con mayores probabilidades de certeza el diagnóstico.

Me ha llamado la atención ese número de casos en un solo año porque no recuerdo haber observado ninguno anteriormente, y tan-

to más cuanto que pertenecen á diversos lugares del país, muy distantes entre sí. También me ha parecido que en ese año disminuyeron los casos de parálisis espinal infantil.

Creo que para facilitar el diagnóstico sea conveniente agrupar los casos en tres formas: la forma *leve* ó motriz sistematizada, con dudosa ó ninguna alteración de la sensibilidad objetiva, sin reacción de degeneración y de curso rápido; la forma *dolorosa* ó sensitiva, y la forma *grave* ó mixta, con profundas alteraciones de la sensibilidad objetiva, con reacción de degeneración y de curso largo.

Para mayor claridad expondré primeramente la historia de los casos en que fundo esta comunicación

PRIMER CASO

Polineuritis aguda generalizada, forma leve ó motriz

J. B., de tres años de edad, domiciliado en la capital, robusto, hijo de padres sanos, tuvo á fines de noviembre de 1905 una ligera indisposición, con poca fiebre y saburra gástrica, y después de tres días, considerándolo sano, al levantarlo se notó que tenía mucha debilidad en las piernas, pudiendo apenas caminar sosteniéndole, por cuyo motivo le pusieron nuevamente en la cama; al día siguiente tuvo dificultad en los movimientos del brazo derecho, especialmente para llevar los alimentos á la boca, y dos días después se observó algo semejante en el brazo izquierdo. En este estado fué consultado un médico, quien hizo poner de pie al enfermito ayudándole y hasta le hizo caminar, lo que consiguió aunque con mucha dificultad. Cada día se empeoraba, dice la madre, hasta que después de una semana más ó menos, quedó casi completamente paralizado de las cuatro extremidades y del tronco, no pudiendo tenerse en pie, ni levantar los brazos, ni siquiera sentarse: fueron consultados entonces, aisladamente y en consulta, varios médicos, y se formuló sin discrepancia el diagnóstico de parálisis medular infantil y el pronóstico consiguiente de incurabilidad con respecto á la parálisis.

El 14 de diciembre del mismo año, es decir, al vigésimo día de su enfermedad, le observé por vez primera y noté los síntomas siguientes: parálisis fláccida total é incompleta de las cuatro extremidades y de los músculos dorso-lumbares, abolición de los reflejos tendinosos, dolores dudosos á la presión de los troncos nerviosos y de las masas musculares, hipoestesia táctil y dolorosa, también dudosa, en los segmentos periféricos de las extremidades, ligera diminución de las reacciones eléctricas, galvánicas y farádicas, directas é indirectas, sin ningún signo de reacción de degeneración.

El enfermito fué sometido al siguiente tratamiento: baños calientes de 38°, *masage* y gimnasia pasiva con moderación, y galvanización constante, al principio, y después que se inició la mejoría, quince ó veinte días más tarde, mayor número de ejercicios y varias interrupciones al terminar las aplicaciones galvánicas.

La mejoría se produjo con bastante uniformidad y simetría, primero en los músculos del tronco, luego en las extremidades superiores, y por último en las inferiores, aunque la extremidad inferior derecha fué la última en funcionar normalmente, sin que se notara nada semejante á esa localización de la parálisis y atrofia, tan característica de la parálisis espinal infantil: el enfermito quedó completamente curado en tres meses y hoy corre como todos los niños de su edad.

SEGUNDO CASO

Polineuritis aguda generalizada, forma leve ó motriz

M. I., de cuatro años de edad, de Santa Ana, próximo á Rivera, que tiene su madre y sus cuatro hermanitos sanos, y su padre con una polineuritis braquial, probablemente consecutiva á una viruela confluente, no ha sufrido ninguna enfermedad digna de mención hasta que en los primeros días de junio de 1906, fué atacado de malestar general, fiebre ligera, coriza, tos, saburra gástrica, influenza quizás, por cuyo motivo estuvo en cama durante cinco días. Al levantarle se notó que no se podía poner de pie porque se le doblaban las piernas, y que tenía dificultad para mover los brazos, lo que se achacó á simple debilidad de la convalecencia; pero á pesar de la alimentación y de buena aireación, ese estado de impotencia motriz aumentó lentamente durante tres días hasta llegar á la imposibilidad para permanecer sentado y para mover los diversos segmentos de las cuatro extremidades: se diagnosticó parálisis infantil y se emitió el pronóstico consiguiente, prescribiéndole baños calientes y *masage* con gimnasia pasiva.

En la primera semana siguiente, es decir, en la cuarta de la enfermedad, ya se notó una gran mejoría: el niño pudo levantar los brazos hasta casi la horizontal y moverlos en sus diversos segmentos, pudiendo también permanecer sentado apoyado en un respaldo.

Fué entonces que yo le vi por primera vez, y al observarle comprobé los síntomas siguientes: paraplegia crural flácida, total y completa, paresia de las extremidades superiores, paresia de los músculos flexores y extensores del tronco, abolición de los reflejos tendinosos, ningún trastorno de la sensibilidad, ligera diminución de las reacciones eléctricas en las extremidades inferiores y casi normales en las superiores.

Se continuó con los baños calientes y el *masage* y la gimnasia pasiva, y se agregó la galvanización de los músculos paralizados, al principio constante y después con interrupciones.

La parálisis mejoró lenta y progresivamente, con bastante uniformidad, primero en las extremidades superiores y luego en las inferiores; después de un mes ya pudo el niño mantenerse de pie y dar algunos pasos con dificultad, y al finalizar el segundo mes fué dado de alta completamente curado.

TERCER CASO

Polineuritis aguda dolorosa, caso dudoso, neuronitis

M. S., de cuatro años de edad, del Durazno, tuvo en los últimos días de julio de 1906 una enfermedad febril de pocos días, y cuando ésta desapareció, notaron sus padres que le era imposible ponerse de pie, porque las extremidades inferiores cedían al peso del cuerpo, advirtiendo entonces que la niña tampoco podía mover ambas piernas. No pueden asegurar si existió al principio alguna dificultad en los movimientos de los brazos y si podía estar sentada, aunque afirman que siempre estuvo acostada, y refieren que cuando la levantaban ó la movían, se quejaba de fuertes dolores.

El 12 de agosto, es decir, después de tres semanas de iniciarse la enfermedad, la observé y noté los síntomas siguientes: paraplegia crural flácida, total y completa, dolorosa al imprimir movimientos á los segmentos superiores de las extremidades abdominales; dolor á la presión de los troncos nerviosos y de las masas musculares, muy notable en la parte anterior y media del muslo izquierdo; abolición de los reflejos tendinosos; sensibilidad objetiva, al parecer normal; diminución de las reacciones eléctricas farádicas y galvánicas, directas é in-

directas, especialmente en el músculo recto anterior del cuadriceps femoral izquierdo, donde se notaba inversión polar, y en el nervio sciático poplíteo externo del mismo lado; y sensibilidad eléctrica, al estudiar las reacciones, aparentemente aumentada.

Fué sometida al mismo tratamiento que los casos anteriores y mejoró lenta y progresivamente hasta el 20 de octubre, en cuya fecha podía mover la pierna derecha en todas direcciones y elevarla hasta bastante altura, hacer la mayoría de los movimientos con la extremidad izquierda, pero no podía ejecutar su elevación, estando en decúbito dorsal, y en el acto de la marcha cojeaba algo y desviaba el pie del mismo lado hacia afuera; las reacciones eléctricas, del músculo recto anterior y del nervio sciático poplíteo externo continuaban diminuídas, pero ya no se observaba en aquél la inversión polar.

Dos meses y medio más tarde, la observé otra vez, y noté una gran mejoría en la marcha, porque no desviaba el pie y porque era casi normal si la efectuaba con lentitud: había, sin embargo, signos de atrofia en teda la extremidad, tres centímetros de diferencia en el perímetro del medio del muslo y uno y medio en el del tercio superior de la pierna.

Aconsejé continuar el tratamiento, pero no he visto más á la enfermita.

CUARTO CASO

Polineuritis aguda dolorosa, con localización grave en el nervio mediano derecho

C. P., de cuatro años de edad, del departamento de Florida, hija de padres sanos y con dos hermanitos en buen estado de salud, no ha tenido ninguna enfermedad digna de mención hasta el mes de abril del año pasado, que cayó enferma de náuseas, vómitos y fiebre de media intensidad, estado que duró varios días, según manifiestan sus padres, notándose desde el principio que la niña estaba muy postrada y que se quejaba de fuertes dolores espontáneos y con mayor intensidad cuando se le cambiaba de posición ó simplemente se le movían las extremidades.

Después de veinticinco días la observé por vez primera y pude confirmar que la niña se quejaba y lloraba al cambiarle de posición, al elevarle las extremidades ó comprimirle los troncos nerviosos y las masas musculares, lo que me demostró claramente la existencia de intensos dolores provocados; existía además una parálisis incompleta, flácida, de las cuatro extremidades y de los músculos extensores del tronco, con inclinación hacia adelante, y abolición de los reflejos tendinosos. La investigación de la sensibilidad objetiva, muy difícil en este caso, por lo que me limité á la dolorosa, pareció muy disminuída en la mano derecha. Las reacciones eléctricas, farádicas y galvánicas, acusaron diminución en las cuatro extremidades, y reacción de degeneración en los músculos inervados por el nervio mediano derecho.

Sometida la enfermita al tratamiento de baños calientes y galvanización, fué necesario suspender la última después de doce días, porque le reapareció una ligera fiebre, al rededor de 38°, y algunos trastornos gástricos, que se prolongaron varios días, y por cuyo motivo fué llevada á su domicilio. en la campaña, desapareciendo ese nuevo estado febril en diez días.

Después de un mes y medio la vi por segunda vez. El examen dió un resultado semejante al estado primero: sólo se notaba mayor inclinación del tronco, hacia adelante, y una atrofia notable de los músculos de la eminencia tenar derecha, con la deformación característica de la mano símica; la hipoestesia correspondía á la topografía periférica.

Se renovó el tratamiento y se continuó durante cuarenta días: los dolores desaparecieron en el primer mes; los movimientos activos reaparecieron lentamente, especialmente en las raíces de los miembros; podía mover, aunque con dificultad y mucha limitación, las extremidades y sus diversos segmentos, en todas direcciones, excepto el pulgar y la flexión de la mano derecha por parálisis del mediano; permanecía sentada, aunque inclinada hacia adelan-

te, y conservaba la posición de pie, sosteniéndose con las manos en los objetos ó paredes próximas; las reacciones eléctricas aparentaban ser normales, la atrofia de la eminencia tenar mejoraba, y las reacciones del oponente, del flexor y del abductor corto indicaban mejoría, contrayéndose perezosamente á la excitación farádica.

En este estado, en el mes de agosto, fué atacada de pneumonía doble y falleció con síntomas de asfixia al cuarto día.

QUINTO CASO

Polineuritis aguda generalizada, forma grave

J. G., de cinco años de edad, del departamento de Minas, con padres y hermanitos sanos, se enfermó bruscamente en junio de 1906, de fiebre elevada, náuseas y vómitos, mucha postración y somnolencia, estado grave que duró cuatro ó cinco días, según dicen sus padres, y que al desaparecer notaron que el niño no podía moverse espontáneamente, y que, al cambiarle de posición, se quejaba amargamente como si el movimiento pasivo le provocara intensos dolores.

En el décimosexto día de su enfermedad le observé, y noté los síntomas siguientes: parálisis generalizada flácida, total y completa, en el cuello, en el tronco y en las extremidades; doble parálisis facial incompleta; oftalmoplegia externa total y completa en el ojo izquierdo, é incompleta en el derecho; reacción pupilar á la luz, muy notable, é imposibilidad de observar la de la acomodación; taquicardia, 123 pulsaciones, sin fiebre; intensos dolores á la presión muscular y al moverle ó cambiarle de posición, lo que es solicitado á menudo por el pequeño paciente; dolores espontáneos; anestesia táctil, dolorosa y térmica, que disminuye progresivamente de la periferia á la raíz de los miembros; abolición de las contracciones farádicas; abolición de las galvánicas, con 15 mA, en todos los nervios y músculos periféricos, excepto en los músculos extensores de los dedos de la extremidad superior derecha, donde existían con inversión polar, es decir, reacción completa de degene ación; y anestesia eléctrica al estudiar las reacciones.

Prescribí el mismo tratamiento que á los casos anteriores, lo que aceptaron sus padres sólo para ser hecho por personas de su familia, en su domicilio y en campaña. Después de seis meses supe de ese enfermito: tuvo alguna mejoría, cesó la taquicardia, podía mover los ojos, los labios y la cabeza, permanecer sentado sobre respaldo y mover algo las extremidades.

En un trabajo anterior, sobre polineuritis aguda generalizada, [1] llamé la atención sobre los caracteres diferenciales entre la polineuritis y poliomielitis agudas de los adultos: estos mismos caracteres, aplicados al niño, pueden servir para el diagnóstico de la polineuritis aguda infantil, teniendo en cuenta ciertas diferencias que nos enseña la observación, algunas sólo dependientes de la dificultad de examen en la primera edad.

1. Comunicación á la Sociedad de Medicida de Montevideo. *Revista Médi ca del Uruguay*, 1903.

El principio de la enfermedad por ligera fiebre y el lento desarrollo de la parálisis, como por brotes sucesivos (casos 1.º y 2.º), y no brusco, como en la parálisis espinal infantil, es un dato de positiva importancia, pero no siempre se obtiene (casos 3.º, 4.º y 5.º), sea por falta de observación, sea porque realmente el principio á veces es semejante al de esta última afección.

Los dolores espontáneos ó provocados por los cambios de posición, abducción de los brazos y elevación de las extremidades inferiores, y por presión de las masas musculares y de los troncos nerviosos, son un indicio de gran importancia diagnóstica, pero no son notables en las formas leves ó motrices sistemáticas, y se observan aunque raramente en la parálisis espinal infantil, probablemente cuando se trata de formas asociadas, de *neuronitis*. En las formas dolorosas ó sensitivas y en las graves ó mixtas, adquieren gran intensidad.

El dolor intenso provocado por la excitación farádica de los troncos nerviosos, especialmente del cubital, que he observado en algunos casos de polineuritis aguda de los adultos, no tiene en los niños el mismo significado, porque siempre se quejan y se rebelan contra este medio de investigación. En el caso 5.º había, al contrario, anestesia eléctrica, lo que tiene para mí igual significado diagnóstico, pero diferente pronóstico, porque revela mayor alteración del nervio: la curación tarda mucho más en producirse.

La mayor duración del período febril y sus recaídas, caso 4.º, ya notadas por Oppenheim, deben tenerse presentes.

Los nervios craneales, como han observado muchos autores, participan algunas veces de la parálisis polineurítica (caso 5.º), siendo de notarse en su historia la oftalmoplegia externa con conservación del movimiento pupilar.

La tendencia á la mayor intensidad de la parálisis en la periferia que en las raíces de los miembros, síntoma diferencial sobre el cual llama la atención Babinski, que se observa ordinariamente en los adultos, es un signo de bastante valor cuando los niños se prestan á su investigación.

El período de regresión tan característico de la parálisis espinal infantil, cuando es generalizada y evoluciona rápidamente para localizarse en los músculos, en el miembro ó miembros que deben quedar permanentemente atrofiados, no se observa en la polineuritis aguda infantil; en esta enfermedad existe, como es natural, un período de restablecimiento, la vuelta al estado normal, pero es una regresión lenta y bastante uniforme, primero en las extremidades superiores,

y luego en las inferiores, sin que esto quiera decir que haya completa uniformidad de evolución en las extremidades homólogas, ni que siempre queden completamente curadas las superiores antes que las inferiores. Esta regresión de la polineuritis aguda, en los casos graves, puede hacerse esperar muchos meses, especialmente cuando no es tratada convenientemente y con perseverancia.

Cuando es posible determinar la topografía de la parálisis ó de los trastornos objetivos de la sensibilidad, como en el caso 4.º, topografía periférica por lesión del nervio mediano, se tiene un dato de gran valor, cuyo conocimiento debemos á Dejerine, quien ha sido el primero, á su vez, en demostrar que en la parálisis espinal infantil, la topografía es radicular.

En las polineuritis el líquido céfalorraquídeo es normal.[1]

Las alteraciones objetivas de la sensibilidad, disminuyendo lentamente de la periferia hacia la raíz de los miembros, constituyen un síntoma, no sólo excluyente de la parálisis espinal infantil, sino también característico de las polineuritis; pero sólo se observa con claridad en los niños, en las formas graves. En las formas leves, en las llamadas motrices sistematizadas, de los adultos, con un examen cuidadoso y al principio de la evolución morbosa, pueden descubrirse algunas ligeras alteraciones objetivas de la sensibilidad, hipoestesia y hasta anestesia, pero en los niños el resultado siempre es dudoso.

La amiotrofia de la polineuritis, que parece ser más precoz, Dejerine, es susceptible de mejorarse (caso 4.º), mientras que en la parálisis infantil es muy rebelde; las fibras atrofiadas, como lo han demostrado Duchenne y Charcot, tienen el carácter de incurabilidad.

El estudio de las reacciones eléctricas es, sin duda, el medio de mayor valor diagnóstico: en las formas leves las contracciones farádicas son normales ó apenas disminuídas (casos 1.º y 2.º); en las formas dolorosas (casos 3.º y 4.º), los músculos paralizados se contraen también por la acción de las excitaciones farádicas excepto cuando existe una localización de neuritis grave, como en los músculos inervados por el mediano derecho del 4.º caso y las reacciones galvánicas—aunque invertidas en los primeros exámenes (caso 3.º), adquiriendo luego el predominio de las contracciones del cierre del polo negativo—sólo están disminuídas; y en las formas graves existe completa reacción de degeneración, ó abolición de reacciones, muchísimo

1. Comunicación citada.

más extendidas que en la parálisis espinal infantil, lo que ya ilumina el diagnóstico, y se acompaña siempre, lo que es decisivo, de intensas alteraciones de la sensibilidad objetiva. Por consiguiente, en la polineuritis aguda infantil generalizada, ó no hay reacción de degeneración, y entonces podemos eliminar la parálisis espinal infantil, ó existe, como en esta enfermedad, pero entonces es más extendida y se acompaña de profundos trastornos de la sensibilidad objetiva.

Doctor Soca—Reconoce el mérito de la comunicación del doctor de León, pero observa que los casos que presenta no vienen sino á aumentar el número de los ya existentes, que son muchos, más de 300 casos en Norte América y Alemania especialmente. De manera que si bien bajo el punto de vista de la novedad no presenta interés, lo tiene como una contribución de observaciones bien tomadas.

Doctor Morquio—La comunicación del doctor de León, cuyos principales fundamentos conocía, por haber cambiado ideas repetidas veces, me va á permitir referir mis impresiones sobre hechos análogos, que he observado al mismo tiempo.

En realidad, hemos estado en presencia, el año pasado, de una verdadera epidemia de manifestaciones patológicas que pueden referirse principalmente á lesiones de la neurona motriz periférica. Fenómenos paralíticos, mezclados con fenómenos dolorosos, participación de los nervios craneanos, de las meninges, etc.

En nuestra clínica, nos hemos ocupado detenidamente de esta cuestión, y hemos agrupado los hechos clínicos, en las tres formas siguientes:

1.° La parálisis infantil clásica, poliomielitis anterior, con su período de regresión y sus residuos definitivos.

2.° La parálisis, mezclada á dolores, y con participación de los nervios craneanos, mezcla de poliomielitis y de polineuritis; residuos definitivos como consecuencia de la poliomielitis.

3.° Parálisis, y dolor, exactamente igual al anterior, pero con curación completa. Han sido los más raros.

El diagnóstico diferencial, entre estos dos últimos casos, es á veces muy difícil, aún mismo por la electricidad; sólo la evolución podrá decir la última palabra.

Opino también, que estos estados, si bien son interesantes, no ofre-

cen novedad alguna; son bien conocidas las epidemias completamente similares á la que nos ocupa. Se han descrito por todas partes, especialmente en Norte América. El artículo de Ausset en el tratado de Grancher y Comby hace un estudio detallado y completo.

En estas epidemias no solamente se ven estas mezclas de polineuritis, de poliomielitis, sino también se observan polioencefalitis.

Raymond, ha estudiado bien estos hechos, y los ha interpretado en el sentido que Marinesco lo había hecho. Es una afección de la neurona; toda ella participa generalmente; y la lesión se localiza según su intensidad. Esto nos hace admitir la suposición lógica, de que en muchos casos de curación completa, existe sin duda alguna participación de los cuernos anteriores; así como en algunos casos desaparece las 9/10 partes, ó no, aquí desaparece totalmente. Babonneix en sus estudios sobre las toxinas diftéricas, ha establecido también estos hechos, en idéntico sentido. Repito, las observaciones son interesantes, pero no son nuevas.

Doctor Sisto—Voy á permitirme manifestar que la interesante comunicación del señor doctor de León, si bien no es absolutamente nueva como lo acaba de manifestar el señor doctor Soca, en cambio es de un interés práctico considerable. Poder decir desde el primer momento casi, el pronóstico de la afección que se estudia, es indiscutiblemente hacer un diagnóstico que no siempre es cómodo establecerlo tratándose de estos casos de parálisis. La prueba está en este mismo niño aquí presente, á quien después de habérsele dicho que no recuperaría más sus movimientos, hoy está completamente reintegrado en su función muscular.

Sobre lo que conviene llamar la atención, es sobre si estas polineuritis son ó no epidémicas como lo pretenden algunos, asemejándolas á las epidemias de las poliomielitis anteriores agudas. Respecto de esto no me parece tan fácil establecerlo, pues aunque el mismo doctor de León en uno de sus casos nos habla de una etiología gripal probable, en otros no está tampoco establecida su etiología segura. Numerosos y múltiples son los casos de polineuritis; los síntomas en las poliomielitis se confunden en su principio y todo aquello que tienda á aclarar su diagnóstico como lo ha hecho perfectamente el doctor de León, será siempre una interesante contribución á su estudio. ¿Existen, hemos observado nosotros, epidemias de polineuritis? He aquí, lo repito, lo que convendría estudiar, declarando por mi parte que no he visto sino casos muy limitados de polineuritis gripal ó consecutiva á otras infecciones.

¿No podría suceder también que no fuesen sino una simple congestión de las células anteriores de los cuernos de la mélula, sin desintegración protoplásmica ni esclerosis subsiguientes lo que al principio —vuelvo á repetirlo—se toman como polineuritis ó quizás como poliomielitis definitivas?

Como se ve, esta es una interesante cuestión á tratar, en donde al lado de los tipos definidos y claros existen tipos mixtos ó bastardos, que por lo que respecta á las polineuritis han sido estudiados en el trabajo del doctor de León, colocándose especialmente bajo el punto de vista clínico.

Doctor de León—Agradezco, en primer lugar, las felicitaciones de los doctores Soca, Morquio y Sisto, que se han ocupado de mi trabajo, y lo consideran digno de publicación.

Ahora, con respecto á sus observaciones, creo que puedo resumirlas en dos categorías: una científica, del doctor Morquio, y otra de los tres señores nombrados, puramente histórica, cuestión de prioridad.

El doctor Morquio, sin dejar de aceptar la autonomía de la polineuritis aguda infantil, provocada por una infección indeterminada, criptogenética, puesto que hasta asegura que ha visto algún caso, deja entrever que podría quizás tratarse de parálisis espinal infantil sin lesiones destructivas del soma ó célula de la neurona motriz periférica.

En efecto, creo que teóricamente puede hacerse el siguiente razonamiento: en la parálisis espinal infantil, cuando es generalizada y luego regresa para localizarse permanentemente en un grupo de músculos, las células raquídeas que inervan los miembros curados no han podido ser atacadas por una lesión destructiva, sino por una alteración pasajera, por una congestión, quizás ¿no podrían existir casos en que todas las lesiones celulares fueran sólo de carácter congestivo y por consiguiente que las parálisis desaparecieran totalmente? Este razonamiento me parece lógico; pero aparte de los caracteres diferenciales que nos da el principio y la evolución de ambas enfermedades, existe un conjunto de síntomas, las alteraciones de la sensibidad, especialmente objetivas, que no se explican por sólo las lesiones de las células raquídeas anteriores; y estas alteraciones de la sensibilidad se observan claramente en algunos casos de polineuritis aguda infantil y quizás siempre en la de los adultos, si se investiga al principio y con método apropiado: la autonomía de la polineuritis aguda infantil infecciosa criptogenética es innegable.

Con respecto á la segunda observación, que es cuestión de priori-

dad, yo no la reclamo en mi trabajo, ni me interesa porque carezco de esa vanidad, que no deben tener los que pagan tributo á la verdad. En la larga lista del doctor Soca, en esos trescientos casos publicados, se involucran todas las polineuritis: *de los adultos*, diabéticas, arsenicales, alcohólicas, saturninas, puerperales, palúdicas, tíficas, etc., etc., y *de los niños* por difteria, tos convulsiva, paperas, tifoidea; se hace mención del trabajo de Medin, de Suecia, y de Carverly y Macphail de Norte América, sobre epidemias de poliomielitis infantil con casos contemporáneos de polineuritis, y se cita un artículo de Perrin, de Nancy, sobre polineuritis infantil.

En mi comunicación actual yo no me ocupo de las polineuritis de los adultos, ni de las tóxicas, ni de las discrásicas, ni de las producidas por infecciones determinadas. Conozco por Oppenheim la epidemia narrada por el neurólogo sueco, y por Grancher y Comby, las narradas por Carverly y Macphail, pero no los caracteres que le sirvieron para diferenciar ambas enfermedades. Y con respecto al artículo de Perrin publicado en 1902, he leído dos resúmenes: uno en la *Revue Neurologique* y otro en el *Neurologische Centralblatt* del mismo año: el caso que sirve de base á ese interesantísimo artículo, es un niño que tenía una angina pultácea, crup, ataques epileptiformes y parálisis extendidas, y el examen bacteriológico reveló la presencia del bacilo de Löffler y un estreptococo; fué curado con inyecciones de suero Roux: era una polineuritis diftérica.

Yo he hecho una comunicación sobre polineuritis aguda infantil provocada por infección criptogenética, y copiando del natural, de cinco casos, teniendo en cuenta la sintomatología conocida de las polineuritis en general, he tratado de establecer con bastante claridad su diagnóstico, especialmente con relación á la parálisis infantil.

Si los señores que me precedieron en la palabra me citaran un trabajo análogo, uno solo y no *trescientos en bloc*, yo les quedaría agradecido.

Sobre un nuevo trócar aspirador inobturable

POR EL

Dr. Delio Aguilar

Ex Jefe de Clínica de la Facultad de Medicina de Buenos Aires.

Honorable Congreso:

El aparato que presento es una idea llevada á la práctica que se me ocurrió en las muchas veces que he tenido oportunidad de ver y algunas de operar quistes hidatídicos, sobre todo del hígado. Pensé si no sería posible disminuir la entrada del número de gasas que es menester introducir para extraer el líquido una vez incindido el quiste. Sabido es que esta introducción de gasas al par que retardan la operación son un motivo más ó menos fácil de contaminación de la cavidad ó de la pequeña cantidad de líquido último difícil de extraer. En caso de ocurrir esto, no es posible la cura por primera intención: este fué el primer objetivo de mi idea. Ahora bien: si introduciendo un trócar una vez el quiste á la vista ó seguramente abordable, trócar que no pudiera obstruirse por trozos de membranas ó vesículas hijas, etc., etc., al mismo tiempo que este trócar estuviera en relación con un frasco en el cual se hubiera hecho previamente el vacío ó en conexión con un aspirador de Potain, tendríamos llenadas estas dos condiciones: fácil y rápida extracción del líquido del quiste. Por otra parte, tratar de que el líquido, sea ó no purulento, no se derrame en las superficies circundantes, es otro de los ideales que he perseguido al hacer construir mi instrumento. Dada la índole de él, es indudable que podría emplearse en otras cavidades quísticas conteniendo líquido y una vez que el cirujano ha puesto á luz la pared exterior del tumor.

Mi instrumento ha sido construído por Lüer de París, con quien he ensayado la resistencia del resorte sobre el cadáver. Consta de un tallo central y de otro periférico, ambos huecos y abiertos en ambas extremidades: el central tiene en su extremidad terminal varias aberturas en forma oval, sobre las cuales se aplican un número dado de láminas de acero que obturan á éstas cuando el aparato no está en función, pero que cuando se hace girar un tornillo adaptado al tallo

periférico y en la extremidad inicial entonces, estas laminitas se separan del tallo central hasta un cierto límite y al mismo tiempo se separan entre sí en la parte media dejando una luz suficiente para el pasaje del líquido.

En la extremidad inicial se adapta un tubo en forma de ángulo recto, el cual se ajusta al aparato Potain una vez que se ha retirado un tercer tallo macizo que es el encargado de hacer la punción.

El tornillo que al girar hace abrir el resorte formado por las laminillas, puede girar igualmente esté ó no introducido tanto el tallo macizo como el tubo en ángulo que se adapta al aspirador.

Ha sido construído en tres tamaños de los cuales presento dos, no haciéndolo con el tercero por tener que utilizarlo en estos mismos días.

Datando su construcción tan sólo de dos meses á esta parte, no ha podido ser ensayado aún sino en dos casos, ambos por el Profesor Avelino Gutiérrez en el Hospital Español. Tratábase en el primer caso de un quiste del ovario, funcionando el aparato perfectamente. En el segundo caso tratábase de un enorme quiste del hígado: en este caso, debido á la tensión muy grande del líquido y probablemente á no haberse hecho un vacío suficiente en el frasco receptor, una cantidad de líquido, no muy abundante, se escapó en el primer momento de la operación por los bordes de la herida producida por el trócar. Este hecho me hace pensar que es menester producir el mayor vacío posible para que la rapidez de la aspiración del líquido impida la ruptura de los bordes de la herida, consecuencia de la tensión del líquido y de la friabilidad debida á la trama poco consistente que forma la pared del quiste.

Bacilo Pseudo-Pfeiffer

POR EL

Dr. Alois Bachmann (de Buenos Aires)

Profesor suplente, Director del Laboratorio Central del Hospital de Clínicas

---

Examinando microscópicamente el sedimento purulento de una orina perteneciente á un enfermo de cistitis, encontré grandes cantidades de un pequeño bacilo cuya forma, tamaño, modo de agruparse y propiedades tintóreas son idénticas á las del bacilo de Pfeiffer.

Este microorganismo no toma el Gram, tiene de 14 á 15 μ de tamaño, se presenta casi siempre dentro de los leucocitos polinucleares, en grandes cantidades, su forma es la de un cocobacilo, de extremida-



Figura 1

des redondeadas, afectando comunmente la disposición diplobacilar. A un examen superficial puede confundirse con neumococos, ó con diplococos (fig. 1).

De las siembras efectuadas en diversos medios, sólo dieron resultado positivo aquellas que se efectuaron en agar cuya superficie había sido recubierta por una delgada capa de sangre de paloma.

A las 24 horas aparecieron pequeñas colonias redondeadas de más ó menos medio milímetro de diámetro, transparentes, semejantes á pequeñísimas gotas de rocío, que no confluían entre sí, ni aún en los

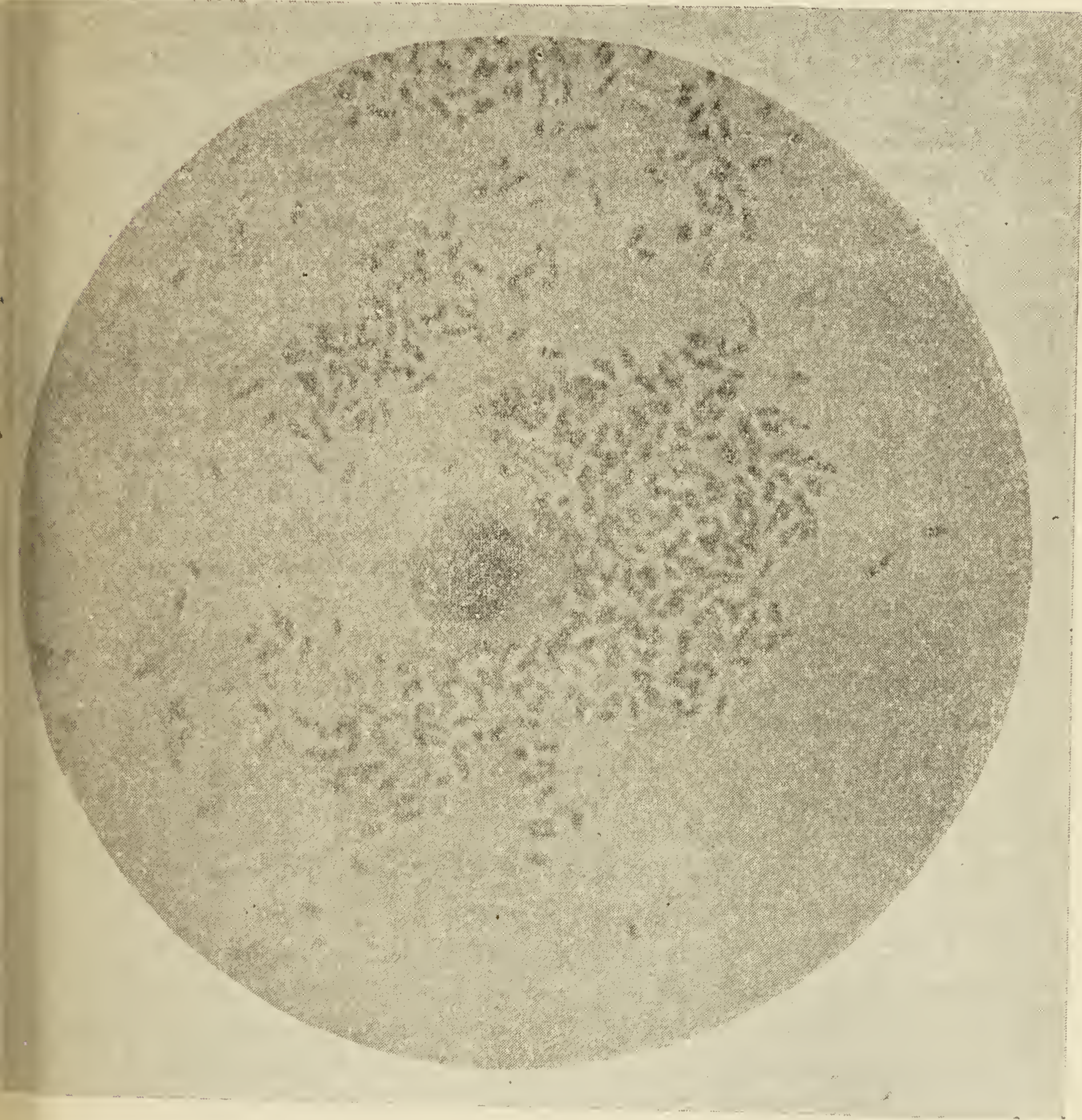


Figura 2

días subsiguientes, en los cuales el tamaño de las colonias aumentaba algo, para quedar luego estacionarias.

Los trasplantes sólo tienen resultados en los medios á los cuales se les agrega sangre (paloma, conejo).

En las preparaciones microscópicas de los cultivos jóvenes se ven

estos microorganismos bajo la forma de diplobacilos que no toman el Gram, de 1.5 μ de tamaño (fig. 2), por lo tanto un poco mayores que en la orina. Muy pronto aparece en los cultivos la formación de pseudofilamentos en gran abundancia, así como la formación de formas de involución, hechos que sólo se observan en el bacilo de Pfeiffer tardíamente y no en tan gran cantidad; á los cuatro ó cinco días no es posible ver un solo microorganismo que no esté degenerado.

Este microorganismo no es patógeno para el conejillo de Indias; la inyección peritoneal, á un chanchito de 200 g., de la emulsión, en solución fisiológica de cloruro de sodio, de un cultivo en agar de tres días de edad, sólo le produce un malestar pasajero, á las 24 horas no quedan rastros de enfermedad.

¿Se trata en este caso del bacilo de Pfeiffer? El tamaño es ligeramente mayor, la forma de los bacilos en los cultivos, la gran tendencia á la formación de pseudofilamentos, las formas de degeneración rápida y la falta de patogeneidad, son todos caracteres que lo identifican con el bacilo «pseudo-influenza» de Pfeiffer; otro de los caracteres comunes que tiene con este grupo es el encontrarse casi exclusivamente dentro de los leucocitos, como lo constató Pfeiffer por primera vez en algunos casos de bronconeumonía.

Los bacilos pseudo Pfeiffer han sido además descriptos por Kortmann y Kossel en las supuraciones del oído, por Pfeiffer y Bech en las paredes de una caverna pulmonar de un tuberculoso; Bech los encontró también en el exudado de una peritonitis.

En afecciones diversas se han encontrado por los autores bacilos de la influenza, como ser en meningitis, (Yundell, Caccia Anorosow), en encefalitis (Phuhl), Heyrosky en colecistitis, Pacchione lo encuentra en un caso de serositis purulenta.

La mayoría de los autores identifica un bacilo con el de Pfeiffer por el simple hecho de que se cultiva sólo en medios á los cuales se les agrega sangre. Este hecho no es suficiente; hay que tener en cuenta la morfología del bacilo en los cultivos y sobre todo el estudio de su patogeneidad. El bacilo de Pfeiffer si bien no puede decirse que sea patógeno para los animales, produce la muerte de los animales de experimentación por intoxicación y aún, como lo han demostrado Kolle y Delices, en el peritoneo del conejillo de Indias joven, se reproduce. El identificar los bacilos hemófilos con el de Pfeiffer nos llevaría á agrupar al lado de él toda una serie disparatada de microorganismos, entre ellos algunos obtenidos en enfermedades de animales (Bech y Kraus en el conejo, Franck en el cerdo y Friedberger en el perro). No

basta, pues, la simple cultura en presencia exclusiva de hemoglobina para diagnosticar como Pfeiffer á un bacilo que posea caracteres morfológicos semejantes á él; es necesario tener en cuenta los demás elementos de juicio que he mencionado, y si ellos no coinciden se trata seguramente de un pseudo Pfeiffer, como lo es el que motivó mi comunicación.

En el caso que he tenido ocasión de estudiar se trata indiscutiblemente de un pseudo Pfeiffer, y si lo he traído á la consideración del Congreso, es por lo raro del hecho y por no haber encontrado en la bibliografía otro hecho semejante.

Paratifoideas

POR EL

Dr. Alois Bachmann (de Buenos Aires)

Profesor suplente, Director del Laboratorio Central del Hospital de Clínicas

---

El presente trabajo no ha llegado á nuestro poder hasta el momento actual. En caso de recibirlo más adelante, lo agregaremos al fin del presente tomo.

Insertamos á continuación la discusión á que este trabajo dió lugar:

Doctor Morquio—He oído con el mayor interés, la comunicación del doctor Bachmann, sobre el aislamiento en un caso de estado tífico, con aglutinación típica negativa, en bacillus con todas las particularidades del bacillus paratífico B, y con sus reacciones características.

Es una nueva contribución, y la primera en la América Latina, que se hace de estas cuestiones, sobre un tema tan importante, y que está hoy á la orden del día.

En realidad hay un vacío, en la asistencia de estos estados tifoideos. Descansando en la seroreacción, nos sentimos desorientados cuando ésta es negativa, y alarmados por las posibilidades tuberculosas, que no resultan después confirmadas en la evolución y la marcha favorable.

Muchos de estos estados responden á la existencia de un grupo de

bacilos nuevos, llamados paratíficos, colocados entre el Eberth y el colibacilo, más próximos al primero, y que tiene su morfología y culturas propias, y principalmente, la que establece su especificidad de seroreacción positiva, en el suero de los atacados, en una forma que permite diferenciarlos de los demás.

Clínicamente son estados tíficos generalmente benignos, á veces verdaderas epidemias, pero que ofrecen la particularidad de no presentar la seroreacción de Widal, ó presentarla muy débilmente, sobre la cual descansa hoy el diagnóstico positivo de la fiebre tifoidea.

En presencia de estos hechos, quizás comunes, nos hemos preocupado de hacer la seroreacción en cultivos paratíficos, pero no habíamos encontrado aquí, ni en Buenos Aires, según el propio doctor Bachmann, á quien se le había solicitado.

Ahora la tenemos, y una vez en la vía, no tardarán en aparecer nuevos hechos análogos. Se habrá llenado así una necesidad de la clínica, como lo ha dicho Netter, en un importante estudio.

Por todas estas consideraciones, me adhiero á la moción que el doctor Bachmann formula, para que la tifoidea sea un tema especial del próximo Congreso Médico.

Las hernias umbilicales de la primera infancia y su tratamiento por las inyecciones de parafina

POR LOS DOCTORES

Genaro Sisto

Ex Jefe de Clínica de la Facultad de Medicina de Buenos Aires
Vocal del C. M. Escolar de la Capital

Y

Juan Busco

Agregado á la misma Clínica

I

En los comienzos de la vida intrauterina, la pared abdominal, abierta por delante, da paso á la mayor parte de las vísceras; pero

paulatinamente esta abertura se va estrechando de modo que en el tercer mes el cierre es así total, dejando tan sólo un pequeño orificio por el que pasan la vena y las dos arterias umbilicales.

Esta es la evolución fisiológica; pero cuando el cierre natural de la pared se hace incompleto, gran parte de las vísceras quedan fuera de la cavidad abdominal, formando en el feto un tumor recubierto únicamente por la membrana amniótica.

Así se halla constituída la hernia umbilical congénita, bien distinta de las llamadas hernias de los recién nacidos, las cuales se hallan formadas por la salida de órganos que habían sido encerrados en el abdomen en tiempo normal.

En el primer caso se trata más bien de un vicio de conformación, no es una hernia propiamente hablando, puesto que las vísceras que entran en su constitución jamás estuvieron alojadas en la cavidad abdominal.

Es de las hernias de los recién nacidos que trata este trabajo.

Las vísceras pueden hacer hernia por la cicatriz umbilical en todas las edades de la vida á partir del nacimiento; pero el trabajo de cicatrización que sigue á la caída del cordón, crea por un tiempo, condiciones especiales para su desarrollo, debido á deficiencias en su resistencia.

Es así como los autores describen separadamente, la hernia umbilical de los niños en sus primeros años y la hernia umbilical de los adultos.

II

Anatomía.—La región del ombligo presenta una faz cutánea y otra peritoneal.

En la primera, se halla la cicatriz umbilical, y en la segunda existen cuatro cordones que de dicha cicatriz parten, dirigiéndose uno de ellos hacia arriba, atrás y á la derecha; es la vena umbilical—y los otros tres, hacia abajo, uno mediano y vertical, el uraco, y los otros dos laterales y oblicuos, las arterias umbilicales.

La cicatriz umbilical es comúnmente deprimida y la piel á ese nivel es delgada. La fascia superficiales y la capa grasosa subcutánea, forman alrededor de ella un anillo circular.

Richet, describe un esfínter umbilical que estaría situado detrás de este anillo; pero ninguno ha comprobado su existencia en las disecciones practicadas.

Anillo umbilical.—Está formado á expensas de las aponeurosis que contribuyen á la formación de la línea blanca. Se cierra de tal manera después del nacimiento, que apenas es posible sentir sus contornos; mientras que por el contrario se hace tangible y como cortante, en los casos de hernia umbilical.

La piel adelante y el peritoneo atrás, adhieren íntimamente alrededor de este anillo, de tal suerte que en su centro estas dos membranas se hallan en contacto, constituyendo ambas esta porción en extremo delgada de la pared abdominal.

Relación de los vasos umbilicales con el anillo umbilical.—Después del nacimiento, los vasos corresponden más ó menos al centro del anillo, de modo que, cuando una hernia se produce en esta época de la vida, el intestino penetra en el centro de la cicatriz quedando así recubierto por los vasos umbilicales que le imprimen al diverger una forma trilobada si la hernia es voluminosa. Más tarde, las arterias umbilicales y el uraco, ejercen sobre la cicatriz una atracción más fuerte que la de la vena umbilical, tironeándola hacia abajo, de suerte que los vasos umbilicales ó más bien dicho, los cordones que resultan de su obliteración, no corresponden más al centro del anillo, sino al borde inferior. El borde superior, al contrario, está libre de adherencias, así que la hernia umbilical del adulto, no sale como en el recién nacido, entre los tres vasos umbilicales en pleno centro de la cicatriz, sino por encima de la vena umbilical en la porción superior del anillo. Esto ha inducido á algunos autores á la creencia de que las vísceras salían por orificios situados en la vecindad del ombligo.

Peritoneo.—El peritoneo tapiza la cara posterior de la cicatriz umbilical y adhiere íntimamente al borde del anillo, sobre todo en la parte inferior. La vena umbilical dirigiéndose hacia arriba y hacia atrás, es acompañada por el peritoneo que le forma una especie de ligamento llamado hoz de la vena umbilical. Entre la vena umbilical y la pared abdominal, existe una capa celulosa bastante laxa, en el seno de la cual se encuentran algunos pelotones adiposos.

Ciertos autores han llegado á sostener que la hernia umbilical no tiene saco, aserción inexacta. La verdad es que en el centro de la cicatriz, el peritoneo y la piel adhieren íntimamente el uno al otro, á tal punto que su separación es sumamente difícil.

Richet ha llegado á admitir la existencia de hernias umbilicales directas é indirectas, estableciendo así algo semejante á lo que pasa con las hernias inguinales. La idea es ingeniosa, pero ¿cómo, de qué

manera ellas se forman? Se podría llegar á hacer un trayecto, separando el peritoneo al nivel de la vena umbilical; pero es un trayecto artificial y que no tiene orificio superior: ¿cómo, entonces, el intestino se introducirá en un canal que no presenta trayecto ni orificio?

Un carácter anatómico que establece una gran diferencia entre la hernia umbilical del recién nacido y la del adulto, consiste en la ausencia de epiplón en la primera, por la sencilla razón de que no existe ó no está suficientemente desarrollado en esa época de la vida.

III

Etiología.—¿Por qué causa el anillo umbilical que se ha cerrado en la cavidad uterina, se dilata de nuevo después del nacimiento dando por ello pasaje al intestino?

Alguien las ha referido á cordones umbilicales blandos y voluminosos, en relación ellos también, con un anillo grande: disposiciones que bien pudieran ser hereditarias.

Otros, han incriminado á una mala curación umbilical, á distensión rápida de la cicatriz aún débil, por gritos, esfuerzos, ascitis ó tumores abdominales.

La fimosis congénita, suele ser una de las causas de hernias umbilicales y no exageraríamos al sostener, que en un tercio de los casos parece ser ella la principal causa, no sólo de estas hernias sí que también de las hernias inguinales, de la línea blanca y de las ectopías testiculares y de los prolapsos rectales.

¿Cuál es el mecanismo por el cual la fimosis favorece esta complicación? Es fácil conocerlo.

La fimosis congénita, provocando esfuerzos constantes y repetidos en el momento de la micción, facilita la salida de las vísceras de la cavidad abdominal.

La coexistencia de la fimosis congénita y de las hernias, hace poco que ha entrado en estudio, pues los clásicos apenas la señalaban.

En setenta y cuatro casos de fimosis observadas por Hans-Schmid en la *Policlínica del Hospital Augusta, de Berlín,* cincuenta padecían de hernia, de las cuales veintiuna eran umbilicales, veintiuna inguinales y cinco con hernia é hidrocele al mismo tiempo (Hans-Schmid: *Centralblatt f. Chir., 1885*). Kasewski (*Centralblatt f. Chir., 1885*) en una primera estadística tomada en el *Hospital Judío de Berlín,* ha observado que en diez y siete fimosis, en cinco, ella coexistía con hernia, cuatro de ellas umbilicales y una inguinal. El autor no

señala más que diez y siete casos de fimosis, sobre cinco mil ciento dos enfermos examinados por él, porque siendo la mayor parte judíos, habían sufrido la circuncisión siguiendo el rito religioso.

En una estadística de Wittelshöfer, en ocho niños que había observado con hernia umbilical, tres padecían de fimosis.

Sintomatología.—Es en general de los tres primeros meses á los dos años, que son llevados al práctico estos niños, en que la cicatriz umbilical hace una saliencia más ó menos pronunciada y de formas variadas.

Es un pequeño tumor blando que se reduce fácilmente por la presión. El dedo palpa entonces un orificio redondeado, con su contorno fibroso y resistente. Al hacer el niño algún esfuerzo, el tumorcito propulsa al dedo; no es doloroso y creo que hasta la fecha ningún caso de estrangulamiento se ha observado.

V

Tratamiento.—¿Qué interés puede tener el estudio del tratamiento de las hernias umbilicales, cuando es un hecho de observación su tendencia espontánea á la curación? Si esta fuera la regla, ¿dicho estudio perdería todo interés, ó lo adquiere, si tenemos en cuenta que muchas siguen aumentando de volumen y aun las mismas que se consideran como curadas lo son en realidad ó lo son en apariencia? Esta duda se presenta cuando se encargan de constatarla los casos de recidiva.

Berger se muestra en este sentido muy pesimista, afirmando que la curación nunca es absoluta ó porque el anillo permanece laxo, ó porque persiste la foseta peritoneal, elementos de predisposición para dichas hernias de indiscutible valor.

Los métodos de cura de que se han valido los pediatras en estos casos, son numerosos, pero ninguno de ellos garantiza de una manera pronta y segura su curación; y excepción hecha de los métodos quirúrgicos, los demás si lo consiguen lo hacen de un modo tardío ó poco práctico.

Se pueden agrupar estos métodos en cuatro categorías:

1.ª *Tratamiento quirúrgico*, el cual encuentra su indicación en los casos de hernias umbilicales grandes, en las no reductibles y en las que se acompañan de graves perturbaciones. Lucas Championnière, que es una autoridad en estas cuestiones, asegura que la perfección

en la cura radical de las hernias umbilicales, es menos completa que en las demás.

2.ª *Tratamiento ortopédico.*—Sobre este tema, mucho se han ocupado Laurence en 1778 y Chumschy el año 1906.

En general resultan dañosos para la piel, dificultando muchos de ellos los movimientos respiratorios y aun el mismo cierre del anillo, constituyendo así un verdadero contrasentido terapéutico.

3.ª *Tratamiento por inyecciones de substancias irritantes.*—Kectley fué el primero en practicarlas, pero por los numerosos inconvenientes que presentan (cura larga, peligro de inyección en las venas, dolor que provocan) y por la inseguridad en sus resultados, el método no ha logrado imponerse.

VI

4.ª *Inyecciones de parafina.*—Escherich, aprovechando las ideas expuestas por Gersuny en el año 1899, de rellenar las cavidades patológicas con parafina, trató de aplicarlas en estos casos, consiguiendo buenos resultados que fueron comunicados en una sesión del *Wiener Medizinische Gesellschaft* (1903); pero un año antes (1902) Ekstein, basado en la novedad de Gersuny, inyectó en tres casos de hernia inguinal y uno de hernia umbilical, parafina en el tejido conjuntivo situado por delante de la abertura herniana.

El profesor Hacendach-Burchardt publicó en la *Presse Medicale* del 31 de agosto de 1904 el éxito de muchos casos de hernia umbilical, en niños tratados por Escherich, afirmando que los resultados son de los más buenos, y el año pasado Hatzley, en la sesión del 19 de abril en la *Münchener Gesellschft für*, Kinderheilkunde presentó un caso de hernia umbilical, curada con inyección de parafina.

En Italia, el primero que se ocupó de este asunto fué el doctor Rocchi, de la *Clínica Pediátrica de Roma*, quien en una comunicación al *Congreso Pediátrico* de la citada ciudad, año 1905, presentó trece casos de hernia umbilical, á los cuales había practicado el método de Escherich, asegurando que era innocuo, pero que por las dificultades en la técnica (inconvenientes mecánicos) y por los pésimos resultados estéticos, el método no seguiría la marcha triunfal que le habían predestinado sus autores.

El doctor Felice Lanzarini, de la *R. Universidad de Padova*, en un trabajo intitulado: *Sul trattamento con le inezione di paraffina delle ernie ombellicali nei bambini*, parece haber obviado gran número de los inconvenientes que se le atribuyen á los antiguos métodos.

¿Cuál debe ser el punto de fusión de la parafina á emplearse?

El aumento de consistencia de las substancias protéticas, siendo directamente proporcional á la elevación del punto de fusión, la conclusión se impone por sí sola.

Pero si la consistencia es débil ó es grande, los resultados y las dificultades técnicas son malas.

En este estudio de la fórmula del producto protético, la solución consiste en incluir en el saco una parafina con un punto de fusión fijo, á una temperatura superior á la que puede llegar el cuerpo humano, y que siendo lo más elevada posible, no dañe los elementos histológicos.

En estas condiciones, la mejor parafina parece ser la fusible á 45 ó 50°.

Cuando uno practica la inyección, se puede prescindir del control termométrico, si se tiene la precaución de probar en el dorso de la mano, si la temperatura de una ó más gotas de parafina al salir de la jeringa, puede ser tolerada.

Stein, es de opinión que las quemaduras apenas se producen con parafina fusible á 62°.

¿Qué condiciones debe reunir la jeringa?

Deberá hacerse uso de una jeringa fácilmente esterilizable y que mantenga á la parafina en fusión.

Basadas en este principio, son numerosas las que se han construído: las hay eléctricas, con camisa de agua, con capas calorígenas malas conductoras de calor, etc.

La aguja.—Tiene que ser corta lo más posible, para evitar la solidificación de la parafina en su trayecto. Conviene además que ésta sea bastante curva.

Esterilización de la parafina y del termómetro.—Se realiza llevándolas sea á una temperatura de 150° durante 30 minutos en el esterilizador á calor seco de *Pean Poupinel*, ó bien como lo hemos hecho en nuestros casos, durante el mismo lapso de tiempo, en el autoclave á 134° bajo presión de dos atmósferas.

La jeringa y la aguja son aseptizadas por la ebullición en el agua durante 30 minutos.

Toda esta preparación aséptica debe ser practicada varias horas antes de la intervención, porque la jeringa necesita un cierto tiempo para su enfriamiento.

En estas condiciones, no queda más que llevar la caja conteniendo el agua en que se halla la jeringa y el reservorio de parafina á 70° y

mantenerla así durante algunos minutos, para que la temperatura pueda uniformarse en todas las partes de la jeringa. Suprimida la fuente de calor y cuando el termómetro ha descendido á temperatura de 60 á 65°, se carga la jeringa y se hace la inyección lentamente, después de haber colocado la aguja previamente en el saco. Para esto, se toma con el pulgar y el índice de la mano izquierda (manos y región umbilical prolijamente aseptizadas), la hernia umbilical, y la aguja es introducida en la piel verticalmente en la parte superior de la hernia, hasta llegar al interior del saco, y esto lo sabremos, porque por pequeños movimientos que se impriman á la aguja, se mueve libremente.

La parafina será lentamente inyectada, en tanto que un ayudante (de quien depende en gran parte el resultado de la operación) mantendrá firme la aguja. Se observa entonces, que el saco se va llenando poco á poco tendiendo á asumir su forma primitiva. Conviene no llenarlo completamente, para poder ejercer después sobre él cierta presión que lo transforme de la forma globosa á una masa aplanada. En seguida se saca la aguja; se obstruye el orificio con un poco de colodion; se colocan unas compresas frías, para precipitar el endurecimiento de la parafina, practicando al mismo tiempo un vendaje bastante compresivo en ese sitio, el cual será retirado después de cuatro ó cinco días.

Los cinco casos que nosotros hemos tratado siguiendo el procedimiento que acabamos de describir, nos han demostrado de una manera evidente:

1.° Que el método es innocuo y tan sencillo, que todo médico, aún en la práctica privada, puede emplearlo. No hay peligros de naturaleza mecánica (necrosis de compresión), de infecciones por asepsia imperfecta. Nunca lo hemos visto ir acompañado de la menor reacción local.

2.° Sus resultados son más positivos, si la hernia no es voluminosa y su orificio no muy amplio.

3.° Evitamos con este procedimiento una laparotomía y toda narcosis.

4.° Los efectos del tratamiento son inmediatos.

5.° Los resultados estéticos, no pueden ser mejores.

BIBLIOGRAFÍA

Brodintz.—*Ueberdie, behandlung dere herniemmit alkoolinieet Münch. Med. Woch N. 41—1904.*

Chlumschy.—*Ein newes Nabelbruchlaud f Kinder Centralblat. f Kinderheilkunde N. 4* (año *1905*).

Chapmann.—The Meccanical hernien in Kildren Philadelphia Rep. pag. 735 (1898).

Duclaux.—Le traitement de la hernie ombilicale chez les nouveau né e l'enfant (Le Médecin practicien, 5 mars 1906).

Eailleus.—Sur la guerrison sans operatión des hernies de la première enfance. Revue. Medical de la Suisse Romaine núm. 8—1900.

Escherich.—Die behandlung der Nabelhernien der kindernmit paraffin pelotte. Monatschr f. Kinderkeilk 1903.

Ekstein.—Weiteer-herfarhungen weber hartparaffinprotesen-Langembech Archiv. Bd. 71. 1903.

Forgue.—Traitement des hernies ombellicales, Nouveau Montpelier Medical 40—1897.

Gersuny.—Veber paraffin protesen. Centralblatt f. Kir IV-3—1903.

Hutzler.—Münch Med. Woch., núm. 19, pag. 946—1906.

Hagenbach Buchardt.—Hernies umbellicales chez les enfants guerris par des inecetiones de paraffin (Presse Med. 31 août. 1904).

Kantorovicz.—Eine Nue Paraffinspritre, Münch Med. Woch., pág. 692—1903.

Kutley.—Cura delle hernie ombellicali colle iniezioni irritanti. Congresso de Cardiff 1885. Riforma Medica—1885.

Krlin.—Zur tecknik der subcutan Paraffinprotesen. Arch. f Klin, Kir Bd. 75—1904.

Lucas Championnière.—Traitement paliapf de la hernie ombelicale. Journal de Med. e Chir. practique, 10 mars 1903.

Lidmanowschy.—Die behandlungder, Nabelhernie bei Kindern durchalkoolininctionen Monatschrift, f. Kinderh núm. 3—1906.

Lapinskohy.—Die behandlung der Nabelhernien bei Kindern durch alkoolinieet. Gazeta lekarscha 45—1904.

Mosckovitz.—Weber subentane paraffininiectionen. Wiener Klin. Woch. núm. 2—1903.

Meyer.—Ueber subcutane paraffininiectionen Münch Med. Woch IV. 2—1901.

Rcchi.—Sulla cura delle ernie ombillicali nei bambini colle iniezioni di paraffina. Atti del Congreso Pediatrico italiano—1905.

Lucas Championnière.—Hernie—Hygiene e Therapeutique, Ruff editeur. Paris 1905.

Schliep.—Die sinfachste Nabelbruchbehandlung bei Kindern. Therapeutische Monatshelfe 1897.

Steffen.—Die behandlung der freien hernien mitalkooliniect. Berliner Klin Woch—1904,

Zuggan.—Behandlung der Nabelbrüke. Inang. Dissert Konigsberg—1901.

Doctor Arce—Creo que fuera de la importancia terapéutica discutible de las inyecciones de parafina en las hernias umbilicales, hay una deducción patogénica en materia de hernias en general, que fluiría de la no recidiva de hernias umbilicales tratadas por la parafina. Y en efecto, si se pueden curar hernias suprimiendo el saco solamente, sin tocar para nada la debilidad de la pared, se podría pensar, con más energía que lo que se hace actualmente, que en la formación de las hernias prima el infundíbulo seroso peritoneal sobre la debilidad de la pared.

Doctor Varsi—Creo que las inyecciones de parafina dentro del saco para curar las hernias umbilicales de los niños, no pueden tener gran valor, ni han de generalizarse.

Si son hernias muy pequeñas se curan con la ortopedia, y si son grandes necesitan ser tratadas quirúrgicamente. Un tapón de parafina, no trata ni el saco, ni el anillo herniario, base de todo tratamiento radical, y constituye para el sujeto un cuerpo extraño que deberá llevar toda su vida exponiéndose á diversas contingencias desagrables.

No sé por qué hemos luchado tanto para desterrar de las hernias los hilos no reabsorbibles, y hemos de aceptar un tapón de parafina, que es mucho más que un hilo. Creo que el método no entrará en la práctica corriente.

Doctor Canessa—Pregunta si los casos citados por el doctor Sisto han sido revistos y si no se ha constatado recidiva.

Doctor Sisto—A la observación hecha por el doctor Arce debo hacer notar que la pequeña hernia se toma entre dos dedos por su base, de modo que al inyectarse la parafina se solidifica sin pasar el anillo herniario. Por otra parte, aunque así fuera, el peligro no me parece grande, dadas las condiciones de asepsia en que se introduce la parafina. Además, al rededor de la pelota de parafina se hace un tejido de esclerosis que la envuelve, obturando así el anillo. Este hecho tuvimos oportunidad de observarlo en un niño á quien se le había hecho esta pequeña operación y que murió de tuberculosis generalizada.

Vuelvo á insistir que esta pequeña operación, fácil é innocua, debe reservarse para las hernias pequeñas y de preferencia á aquellas que tienen su punto de salida por encima de la parte media del ombligo. Las hernias un poco grandes son del dominio pleno de la cirugía.

Sífilis gástrica

ESTUDIO CLÍNICO

POR EL

Dr. Joaquín Canabal

Médico del Hospital de Caridad de Montevideo.

I

Generalidades

La sífilis gástrica—entendiéndose por tal las localizaciones somáticas en el órgano, sin comprender los trastornos de carácter general que repercuten sobre esta víscera, como sobre las demás, en los períodos iniciales—es una manifestación rara, supuesta durante la primera mitad del siglo pasado, negada posteriormente y demostrada, por fin, por una serie de pruebas anatomo-patológicas y clínicas, que cada día se van acumulando.

Las *suposiciones* de existencia de esas manifestaciones de la sífilis, constan en varias publicaciones: en Verni (« Consultations choisies de plusieurs médecins célébres de l'Université de Montpellier», París, 1750. «Sur une douleur d'estomac avec obstruction sensible à la rate et virus vêneriéne», citado por Barbier, tesis de París, 1904); en Swediaur (Edition de l'an IX, 1801, tomo 2.º, página 168) citado por Louis Jullien («Lésion syphilitique de l'estomac», en la «Revue des maladies de la nutrition», agosto de 1903; en Andral («Clinique Médicale de l'Hôpital de la Charité», 4.ª edición, 1839), tomo 2.º, que dice, página 190: « Así se han citado en otro tiempo, más seguido que ahora, casos de « tisis venéreas y afecciones de las vías digestivas reputadas de la « misma naturaleza, en las cuales los accidentes desarrollados en los « pulmones ó en el estómago, han desaparecido bajo la influencia de « un tratamiento antisifilítico.... De cualquier modo que sea, he-

« mos tenido ocasión de ver algunos casos que nos han hecho refle-
« xionar mucho sobre las doctrinas de nuestros antecesores á este
« respecto».

Como se ve, ya en tiempo de Andral empezaba á dudarse de la existencia de la sífilis gástrica, como de otras análogas, haciendo perder terreno á doctrinas que habían predominado.

Luton («Nouveau Dictionnaire de Médecine et de Chirurgie pratiques», 1871, tomo 14, páginas 194 y 224) dice lo siguiente: «Los diver-
« sos estados llamados diatésicos tienen también sus manifestaciones
« gástricas; no se podría negarlo respecto al reumatismo y al dartro,
« pero no se posee sobre este punto ningún dato positivo. Lo mismo
« sucede con la sífilis, que ya no es admitida, sino con mucha discu-
« sión, como causa de úlcera estomacal (página 224). El rol de las
« enfermedades anteriormente adquiridas en la producción de la úl-
« cera, es bastante evidente por lo que se refiere al alcoholismo, la
« uremia, la sífilis, etc....» «Otras veces se puede invocar la fusión
« de un goma sifilítico...»

PRUEBAS DE LA EXISTENCIA DE LA SÍFILIS GÁSTRICA.

Las pruebas de la existencia de las localizaciones de la sífilis en el estómago, demostrada hoy acabadamente, son los múltiples hechos clínicos y anatomo-patológicos estudiados y expuestos por muchos autores, entre los que se cuentan nombres de los más autorizados en la ciencia. En la actualidad hay más de ciento veinte observaciones conocidas, en cuya cifra total se comprenden de cincuenta y seis á cincuenta y nueve anatomo-patológicas y más de sesenta observaciones clínicas, las que en su mayor parte son indiscutibles.

No nos ocuparemos en enunciar unas y otras ni tenemos por qué transcribirlas, pues ni ese es nuestro objeto, ni el espacio de que disponemos bastaría para hacerlo, y quien desee conocerlas en detalle puede consultar con provecho las tesis de Barbier (París, 1904) y de Pater (París, 1906) y las publicaciones de Fournier, Galliard, Einhorn, Dieulafoy, Hayem, Chiari, Gouzot y otros. Limitaremos nuestra tarea en este punto á presentar una lista cronológica de los casos clínicos publicados.

LISTA CRONOLÓGICA DE LOS CASOS CLÍNICOS PUBLICADOS

NÚM.	AUTOR	FECHA	SEXO	EDAD	DIAGNÓSTICO
1	Andral	1838	F	27	Gastritis crónica
2	Marc	»	M	40	» »
3	Trousseau	1860	F	?	Gastroenteritis
4	Hayem	1865	M	?	Ulcera gástrica
5	Topinard	»	M	50	Vómitos incoercibles
6	Dujardin-Beaumetz	1866	F	49	Hematemesis—Ulcera?
7	Gubler	»	F	?	Ulcera con hematemesis
8	Fournier	1867	F	?	Hematemesis
9	»	»	M	?	»
10	Schwimme	1873	Niño	6 semanas	Gastroenteritis
11	Rivals	1875	M	45	Gastritis ulcerosa rebelde
12	Trousseau	»	M	?	Gastralgias y vómitos nocturnos
13	Bartnmeus	1879	M	28	» » »
14	Hiller	1883	M	?	Hematemesis
15	Millard	1885	M	?	Gastritis crónica ulcerosa
16	Tavernier	1887	F	?	Ulcera gástrica
17	Rosanow	1890	M	?	Ulcera gástrica con dolores nocturnos.
18	Einhorn	»	M	35	Tumor sifilítico del estómago
19	Keser	1891	F	19	Ulcera gástrica en la sífilis secundaria
20	Einhorn	1892	F	30	Ulcera gástrica sifilítica
21	»	1897	M	37	Estenosis sifilítica del píloro
22	Dieulafoy	»	M	33	Hematemesis. Goma?
23	Hemmeter	»	M	11	Gastritis aguda
24	Sanders	»	M	39	Pseudo cáncer
25-26	Norden (2 casos)	»		Recién nacidos	
27	Mackay	1898	M	25	Hematemesis
28	»	»	M	24	»
29	Fournier	?	M	?	Tumor pilórico. Pseudo cáncer
30	Einhorn	1898	M	50	Tumor epigástrico
31	Dubuc	»	M	35	Goma de la pared anterior.—Pseudo cáncer
32	Einhorn	1899	M	38	Estenosis sifilítica del píloro
33	»	»	F	33	Ulcera con hematemesis
34	Hayem	1900	M	33	Tumor pilórico
35	Hemmeter	»	Niño	?	Gastritis aguda
36	Jullien	»	M	32	Lesión sifilítica del estómago
37	Langovoi	1901	—	—	Pseudo cáncer
38	Hayem	»	M	43	Estenosis pilórica
39	Mannnlea	»	M	28	Ulcera del estómago en la sífilis secundaria
40	Baillac y Chamayou	»	F	24	Ulcera gástrica
41	Domenici	1902	F	32	Gastritis crónica
42	Dieulafoy	»	M	?	Hematemesis en la sifilis terciaria
43	Fournier	»	M	71	Tumor pilórico.—Pseudo cáncer
44	Einhorn	»	M		Tumor sifilítico del estómago [1]
45	Freeman Ward	?	M	38	Tumor de la región pilórica
46	Hayem	1903	M	60	Gastropatía pseudo cancerosa con estenosis pilórica
47	Lefleur	»			Sífilis gástrica [2]
48	Torres Barberá	1904	M	30	Ulcera con hematemesis
49	Hayem	1905	M	48	Estenosis pilórica
50	»	1906	M	59	Hematemesis y melena
51	Pappenheimer	»			Sífilis del estómago [3]
52	Einhorn	1907	M	34	Tumor sifilítico del estómago é hígado

La tesis de Gouzot (Burdeos), contiene trece observaciones, además de la de Rivals que ha sido citada.

1. Münchener Med. Voche, 1902.
2. American Practitioner and News, 1903.
3. Procedings of the New-York Pathological Society, 1906.

RAREZA DE LA SÍFILIS GÁSTRICA.

Las transcripciones que siguen, condensando las opiniones de cada época, dan á la vez una idea de la evolución de las doctrinas en esta cuestión y de los esfuerzos que ha exigido la demostración de verdades que un tiempo fueron aceptadas, para venir á consolidarse en la actualidad.

La frase de Andral en 1838, («Clinique Médicale de l'Hôpital de la Charité», 4me edition, 1839) marca la primera etapa de estos estudios, con la presentación de los dos primeros casos clínicos aceptados en la ciencia: «Si es verdad que las ulceraciones de la piel y de las mu-
« cosas bucal y faríngea reconocen por causa el virus sifilítico y que
« se les opone con éxito el tratamiento mercurial, no vemos por qué
« ulceraciones ú otras lesiones más profundas de las mucosas no po-
« drían reconocer la misma causa y ceder al mismo tratamiento.
« Observaciones numerosas y bien hechas pueden solamente decidir
« esta cuestión. Ahora bien: estas observaciones son esperadas aún
« en la ciencia.» El criterio no estaba formado, faltando multiplicar los hechos precisos, bien observados, para cimentarlo.

Galliard en 1886, recapitulando lo publicado hasta entonces en esta materia, daba idea del camino recorrido y se expresaba así: («Archives Génerales de Médecine», enero de 1886) «El voto emitido
« por Andral en 1838, no podría ser formulado en la hora presente,
« en términos absolutamente idénticos. Sin vanagloriarnos, en efecto,
« de poseer hoy nociones suficientes sobre las determinaciones gástri-
« cas de la sífilis, tenemos sin embargo el derecho de mostrar que á
« este respecto nuestra ignorancia no es ya absoluta y que la pose-
« sión de ciertos hechos clínicos y anatómicos muy precisos nos hace
« entrever nuevas revelaciones.»

Fournier puede indicar la opinión que corresponde al período actual: («Traité de la Syphilis», volume IIme, 2me partie, pag. 470) «Es
« nuestro sabio colega Galliard que reuniendo en una memoria muy
« documentada (1886) toda una serie de casos de sífilis gástrica dise-
« minados aquí y allá, ha tenido el mérito de llamar y de fijar la
« atención sobre este punto. Desde entonces han sido relatadas nu-
« merosas observaciones del mismo orden por diversos autores. Es
« gracias á esta serie de trabajos, *todos contemporáneos*, que la sífilis
« gástrica ha tomado, al fin, derecho de ciudadanía en la ciencia.»

La opinión de Fournier se completa con esta frase que inicia en su

obra el capítulo de la sífilis gástrica: «Las afecciones sifilíticas del « estómago, son con seguridad raras, muy raras.»

La verdad que entraña esta última afirmación con relación á la actualidad, aunque pueda parecer contradictoria con las líneas que la preceden, se impone fácilmente si se comparan las cifras apuntadas con la cantidad considerable de enfermos que pueden haber sido estudiados por los autores citados y por muchos otros, sobre todo teniendo en cuenta que muchos de ellos han de haber perseguido el propósito de descubrir hechos que comprobaran sus sospechas.

Las cifras establecidas por Engel y Neumann y por Lang, respecto á la proporción de úlceras redondas del estómago, de origen sifilítico, no han sido aceptadas por la generalidad de los autores y no pueden, por tanto, anular la afirmación de la rareza de la sífilis gástrica, al menos por ahora. Engel y Neumann han establecido la proporción de 10 % y Lang la de 20 %, para clasificar las úlceras de origen sifilítico entre el total de las úlceras del estómago, afirmación no aceptada hasta ahora.

Hay un hecho bastante sugestivo que sin duda comprueba la rareza de la sífilis gástrica: es lo poco que se ocupan de esta entidad morbosa los autores que han escrito sobre las enfermedades del estómago, y la ausencia casi completa de datos personales que demuestran la totalidad de ellos, con excepción de Einhorn.

Ewald («Clinica delle Malattie della Digestione», traducción de Pietro Conti, 2.ª edición alemana, 1885, volumen 2.º, págs. 204, 205) dedica un corto párrafo á este asunto, enunciando muchos de los casos citados ya, sin que haga referencia á casos personales y mostrándose poco dispuesto á aceptar la úlcera gástrica.

Albert Robin («Les Maledies de l'estomac», París, 1901, págs 835 á 838) se ocupa de la sífilis gástrica sin que haga mención de casos personales, y Soupault («Maladies de l'estomac», págs. 616-619) cita uno solo personal. Son estos dos autores, sin duda, los que han dado más extensión á este estudio.

Boas («Diagnosi e Terapia delle Malattie di Stomaco», traducción del doctor Orsino Manganotti, 1894) no menciona la sífilis gástrica; Debove (Debove et Rémont: «Traité des Maladies de l'estomac») no se ocupa de la sífilis gástrica.

Bouvenet («Traité des Maladies de l'estomac», París, 1893) se expresa así: (pág. 715)

«Sucede con la sífilis como con la tuberculosis, que provoca con « bastante frecuencia trastornos funcionales ó lesiones comunes, pero

« muy raramente lesiones específicas del estómago. » Pág. 717: « La « sífilis gástrica es tan rara que el clínico casi nunca piensa en ella. »

En cuanto á los tratados de enfermedades venéreas, Lesser («Traité des affections véneriénes», traducción francesa de la 9.ª edición alemana, 1901) no hace mención de la sífilis gástrica; During («Leçons cliniques sur la Syphilis», traducción francesa, 1898) le dedica algunas líneas, diciendo que las neoplacias del estómago son muy raras.

Lang («Tratado de Patología y Terapéutica de la sífilis», traducción española de la 2.ª edición alemana, 1896), Mauriac («Leçons sur les maladies véneriénes», 1890) y Finger («La Syphilis et les maladies véneriénes», traducción francesa de la 3.ª edición alemana, 1895)—no citan ningún caso personal.

Lancereaux («Traité historique de la Syphilis», París 1873) y Cornil («Leçons sur la Syphilis», 1879) sólo citan casos de autopsia.

En fin, Emhorn, el autor que ha observado mayor número de casos clínicos, se expresa así en una publicación reciente: («Revista Médica Internacional», edición española, 1907, número 1) «Los tumores sifi- « líticos del estómago son bastante raros; no obstante, son de gran « importancia clínica porque su curación depende generalmente de su « exacto diagnóstico.»

Es menos rara de lo que se supone.

Sin embargo, se comprende fácilmente que el número de casos observados debe ser mayor que el de los publicados; pero sobre todo, lo que se debe tener presente es que muchos enfermos que padecen sífilis gástrica, son desconocidos y, por tanto, que debe ser verídica la opinión que emiten la mayor parte de los autores, de que la sífilis gástrica no es tan rara como parece. De cualquier modo, conviene insistir sobre este punto y llamar la atención para que los clínicos tengan presente esta entidad mórbida que en muchos casos puede evitar confusiones y salvar á un enfermo de una intervención inútil ó de una terminación fatal.

Para confirmar esta aseveración, véase cómo algunas autoridades en esta materia se expresan al respecto. Dice Fournier («Traité de la Syphilis», 469): «Las afecciones sifilíticas del estómago son segura- « mente muy raras. Sin embargo, lo son menos de lo que se cree aún « hoy y, sobre todo, de lo que se creía hace algunos años.» Pág. 473: « Esta sífilis gástrica comenzamos solamente á conocerla y no pode- « mos aún tener más que la ambición de esbozar su historia.»

Dieulafoy («Clinique médicale de l'Hotel Dieu», de París, 1897-98, pág. 80) se expresa así: «Primera conclusión: La sífilis del estómago « no es tan rara como se podría suponer.» Octava conclusión: «La « noción de la sífilis como causa de ulceraciones estomacales, es tanto « más importante conocerla, cuanto que ella permite curar enfermos « que el médico estaría tentado á entregar á la intervención quirúr- « gica.»

Albert Robin (obra citada, 835-836): «La sífilis del estómago es, « como lo ha dicho Dieulafoy, una cuestión muy descuidada y muy « desconocida. Pero hechos bastante numerosos, anatomo-patológicos « y clínicos, demuestran también que el estómago, con más frecuen- « cia de lo que se piensa, es asiento de lesiones sifilíticas.»

Hayem («Presse Médicale», núm. 35, 1906): «Las localizaciones de la « sífilis en el estómago me parece que constituyen gastropatías muy « particulares, y creo que con la ayuda de observaciones nuevas se « llegará á revelar algunas particularidades semeiológicas, algunos « rasgos especiales relativos, por ejemplo, á la evolución de los acci- « dentes; en una palabra, ciertas singularidades clínicas capaces de « llamar la atención del médico sobre el origen sifilítico del mal » «En « otros términos, es lógico pensar que el sifiloma del estómago, mejor « conocido, mejor estudiado, podrá revelarse al observador atento por « ciertos síntomas que en cierto modo le pertenezcan en propiedad.»

Soupault (obra citada, 1906): «La conclusión es que la sífilis « gástrica es más frecuente de lo que se imagina.»

NECESIDAD DE PUBLICAR LOS CASOS OBSERVADOS.

Por la rareza de los hechos publicados, por la facilidad con que la vulgaridad de los síntomas conduce al desconocimiento de la verdadera naturaleza de la afección, por lo que las opiniones tan autorizadas de que hemos dado cuenta, nos indican, corresponde que se den á conocer todas las observaciones, por modestas que sean, que concurran á la vulgarización de este punto de la sifiliografía, siempre que esas observaciones sean más ó menos demostrativas y contribuyan á aclarar un punto dudoso en la ciencia y á salvar muchos errores, facilitando la tarea del médico, acortando los sufrimientos y salvando la vida de muchos infelices.

Con este criterio vengo á someter á la consideración de mis colegas lo que he tenido ocasión de observar en algunos enfermos.

II

Sintomatología y diagnóstico

SINTOMATOLOGÍA.

La sintomatología de la sífilis gástrica es muy deficiente; hasta ahora no se ha fijado ningún síntoma patognomónico característico que evite la confusión con otras afecciones semejantes: ya simule la gastritis crónica, la úlcera redonda ó el cáncer del estómago, ya se presente sucesivamente bajo una ú otra de estas formas, puede confundirse perfectamente con estas afecciones vulgares.

Fournier, al establecer la sintomatología en estas tres formas, confirma esta aserción (obra citada, página 481); hablando de la segunda forma (úlcera redonda) dice: «Es aquella en que la sífilis gástrica se « presenta bajo la fisonomía general de la curiosa afección llamada « úlcera redonda del estómago»... «la sintomatología, que no difiere « en nada (al menos en el estado actual que nuestros conocimientos) « de aquella que afectan los tipos no específicos de la enfermedad».

Tratando de la forma pseudo cancerosa, concluye así (página 487): « la sífilis es susceptible de producir tumores gástricos que por sí mis- « mos, como por los síntomas que resultan, por la reacción que ejer- « cen sobre el organismo (debilitación, emaciación generalmente con- « siderable, caquexia), en fin, por la evolución que afectan, pueden « simular absolutamente el cáncer de este órgano».

Hayem (Lección clínica citada): «Del punto de vista semeiológico, « las manifestaciones específicas del estómago simulan una enferme- « dad vulgar (úlcera, estrechez, cáncer), y el diagnóstico no está hecho. « A veces se hace probable en razón de los antecedentes del enfer- « mo, ó de la coincidencia de la afección gástrica con otras manifes- « taciones».

Dieulafoy (clínica citada, página 78): «Clínicamente estas lesio- « nes se traducen por síntomas que, según sus caracteres y su agru- « pación, recuerdan la dispepsia, la gastralgia, la úlcera ó el cáncer « del estómago»; (página 79) «Este polimorfismo de la sífilis estoma- « cal, os prueba que no hay ningún signo, ningún síntoma que pueda « permitiros afirmar el diagnóstico de la sífilis del estómago».

Albert Robin (obra citada, página 837): «La sífilis del estómago

« se traduce por expresiones clínicas muy variadas. Tal enfermo es « considerado como un dispéptico rebelde ó como un gastrálgico; tal « otro aparece como un canceroso; en fin la sintomatología de la úl- « cera parece dominar en las observaciones conocidas.

« Esta diversidad de modalidades es tal, que no existe ninguna « agrupación, ni aún ninguna dominante sintomática que permita por « sí misma, no solamente diagnosticar, sino ni suponer la sífilis del « estómago».

Soupault (obra citada, página 619): «Ella no tiene caracteres clí- « nicos definidos y puede simular todas las gastropatías».

Diagnóstico.

Ahora bien, según resulta de estas transcripciones, no hay una sintomatología propia de la sífilis gástrica. ¿De qué medios se valen los clínicos para llegar á descubrir tales afecciones y á ensayar, cuando menos, el tratamiento que debe encauzar la marcha de la enfermedad por una vía favorable?

Fournier (obra citada, página 488) dice: «que el diagnóstico com- « prende dos puntos: 1.º referir al estómago los trastornos funciona- « les presentados por el enfermo; 2.º referir á la sífilis los trastornos « funcionales debidamente localizados en el estómago».

El primer punto es de medicina general y no corresponde tratarlo aquí. Del segundo nos ocuparemos en oportunidad.

Hayem en su primera lección clínica, («Presse Médicale», número 14, 1905) termina con esta frase que en cierto modo resume la clave del diagnóstico: «Cuando estéis en presencia de una enfermedad seria « del estómago cuya naturaleza os parezca oscura, pensad en la sífilis, « buscadla con cuidado».

Dieulafoy (obra citada, página 79): «Sin embargo, hay una noción « que siempre debe estar presente en nuestro espíritu: es que en un « enfermo atacado de los síntomas gástricos que hemos pasado en re- « vista, no debéis jamás olvidar el hacer una investigación respecto « á la sífilis. Es por no pensar en ella que se expone á pasar al lado « del diagnóstico. No olvidéis, pues, jamás la sífilis, esta fuente in- « agotable de males».

Albert Robin, página 837: «Para inclinarse hacia este diagnósti- « co se necesitan dos condiciones: la primera es que el enfermo sea un « antiguo sifilítico; la segunda que esté atacado de una afección esto- « macal de antigua data y rebelde á todos los tratamientos racionales.

« Y aún entonces, el diagnóstico no podrá ser afirmado con certi-
« dumbre sino después del tratamiento específico».

Soupault (obra citada, página 619): «Así, es bueno en un sifilítico « declarado que sufre trastornos dispépticos, instituir el tratamiento « específico».

W. Robin (de Varsovia) en un importante trabajo que cita Jullien («La Syphilis», 1904, número 7) concluye así: «Siempre que se en- « cuentre en presencia de una úlcera ó de un neoplasmo gástrico, la « investigación de la sífilis en el paciente es un deber que se impone; « y por poco que haya materia para dudar, se debe prescribir sin va- « cilación el tratamiento específico más enérgico».

Einhorn, obra citada: «La probabilidad de sífilis, no debiera por « lo tanto perderse de vista en circunstancias parecidas y sería buena « medida intentar un tratamiento antisifilítico durante un par de se- « manas aún en los mismos casos en que no se tiene ningún prece- « dente de sífilis».

Como se ve, hay dos condiciones en que concuerdan todas estas autoridades en la materia: la existencia, supuesta ó comprobada, por confesión, por rastros ó por síntomas, de una sífilis latente ó en actividad; y la oscuridad, cuando menos la duda, en cuanto á la sintomatología de la afección gástrica.

En todo caso debe tenerse presente lo que con mucho acierto dice Hayem: «No basta que un enfermo haya tenido la sífilis, para que se « pueda referir á esta afección toda lesión grave del estómago. En « sentido contrario, un enfermo puede tener una lesión sifilítica del « estómago, quedando ignorada ó desconocida la sífilis ».

Por lo tanto, se impone, en primer lugar, en nuestro concepto, la duda que deben despertar los signos que arroja el examen del enfermo, cuando ellos no caracterizan bien una de las afecciones que puede simular la sífilis del estómago; decimos simular, porque las manifestaciones gástricas producidas por la sífilis, como repercusión del estado general y no como localización, se asemejan de tal modo á las afecciones comunes, que sólo la coincidencia de las manifestaciones generales luéticas pueden guiar el diagnóstico; tales afecciones son las que todos los sifiliógrafos refieren al período secundario y que Albert Robin designa «repercusiones de la sífilis sobre el estómago»; es el estado general haciendo sentir su influencia sobre una víscera, lo mismo en la sífilis que en la tifoidea, en la escarlatina, en el sarampión, etc.

En este grupo, como se ve, no entran las lesiones clasificadas por Chiari; menos aun las que estudiamos, que se refieren á las lesiones y no á manifestaciones del estómago. Éstas son aquellas producidas directamente por la sífilis, que clínicamente pueden ser iguales á las lesiones análogas comunes (gastritis, úlcera, cáncer), pero su estructura anatómica es distinta y las caracteriza; en el terreno de la clínica, el tratamiento específico tiene sobre ellas una acción eficaz, decisiva para el diagnóstico.

En los casos que hemos tenido ocasión de estudiar y cuyas observaciones detalladas acompañamos, el diagnóstico nos fué sugerido en unos casos por la enormidad de las manifestaciones locales, por la duración de la afección y por el contraste entre ellas y el estado general; en otras, por el conocimiento de los antecedentes, la marcha anómala de la afección, la rebeldía á la acción de los tratamientos comunes, ó por ciertos signos como la exacerbación vespertina, etc.

Como se comprende, nuestra práctica no ha podido tener como guía para orientarse, puntos de referencia distintos de los que indican los maestros cuyas opiniones hemos citado. Algunos signos, sin embargo, nos ha parecido que se destacan, aunque sea confusamente, en los síndromes que hemos observado. Además, la comparación de algunos signos de las lesiones comunes con sus análogos de naturaleza sifilítica nos han servido también para encontrar la vía de lo cierto y para iniciar el tratamiento que debía eliminar por completo las dudas. Para el orden de exposición vamos á seguir, no el de importancia de los signos que analizamos, sino el mismo que se sigue en el examen de un enfermo, es decir, de lo general á lo particular.

Caquexia.

Entre los signos que pueden inducir á sospechar la sífilis, figura en primer lugar el tipo de la caquexia, por el tinte de la piel, por el modo de evolucionar y por la discordancia que se nota entre la lesión y dicho estado caquéctico. Sobre esto mismo la mayoría de los autores llaman la atención. Si la lesión es relativamente reciente, la caquexia tiene una marcha más rápida que la que se observa en el cáncer y en la misma úlcera gástrica, con la circunstancia de que en los específicos es el tinte, sobre todo, es el abatimiento físico y moral lo que predomina, siendo menos pronunciada la desaparición del panículo adiposo. Esta observación coincide con lo que hacen notar varios observadores, cuando dicen que el enfermo está demacrado,

sin que por eso sea caquéctico; y acaso por esto mismo, en observaciones de Fournier, Jullien y otros, se ve que enfermos destinados á ser operados en virtud de la opinión de cirujanos autorizados, despiertan dudas en manos de sifiliógrafos y dan lugar á que se ensaye un tratamiento específico que resuelve la contradicción.

En cambio, cuando la lesión está muy avanzada y su evolución abarca ya un largo período, el médico encuentra un estado caquéctico que no corresponde á la amplitud de las manifestaciones; y es esta la contradicción á que se refiere Hayem cuando dice «que en presencia « de una enfermedad seria del estómago, cuya naturaleza parezca « obscura, se debe pensar en la sífilis». Este era el caso que se presentaba en la primera enferma que tuvimos ocasión de observar: una enorme neoplasia, con múltiples tumores ocupando toda la pared anterior del estómago, casi confundida con el hígado y el bazo, aumentados notablemente de volumen; una caquexia avanzada, pero que no correspondía, sin duda, al ciclo evolutivo de la lesión (la enferma hacía año y medio que tenía los tumores) que por obstáculo circulatorio y acaso también por acción sobre el peritoneo, (lesiones intestinales y gástricas) había provocado una ascitis considerable con abundante edema de las extremidades inferiores. Esta discordancia se acentuaba aún por otros signos de que nos ocuparemos más adelante.

La caquexia en este caso se asemejaba más á la de la tuberculosis mesentérica que á la cancerosa; el tinte de la piel no podía servir de base para un juicio-diagnóstico, por la intensa ictericia que lo enmascaraba.

En otros enfermos con signos de gastritis, de úlcera ó de cáncer, en general el tinte de la piel no era el amarillo pajizo, casi propio del cáncer, sino un tinte pálido grisáceo, teniendo algunos de ellos un cloasma más ó menos intenso, muy semejante al que presentan los sifilíticos con lesiones primarias ó terciarias, intensas ó de larga duración. En estos casos el tiempo de duración de la enfermedad y la demacración del individuo, hacían ver que ésta era rápida con relación al curso de la enfermedad, sin llegar, sin embargo, al verdadero tipo de una caquexia. En general, sucede aquí lo que en otras entidades clínicas, en que es necesario reunir y comparar elementos para obtener un resultado cierto.

Bien sabemos que en materia de tintes no es fácil fundar diagnósticos precisos ni aún formar criterios uniformes; pero creemos que así como otros signos esbozados en un principio han sido sucesivamente

caracterizados con más precisión por mejores observadores, apuntamos este carácter que nos ha llamado la atención en varios de nuestros casos.

Curso de la enfermedad.

Siguiendo el orden que nos indica la observación metódica del enfermo, nos ocuparemos ahora de otro dato que los maestros han indicado repetidas veces: la afección en general es de larga duración; en algunos casos muy raros, puede decirse que tiene una marcha sobreaguda (observación VII); en aquéllos casi siempre se encuentra el dato de la ineficacia de múltiples tratamientos (observaciones II y VI); en los últimos el tiempo falta para que haya podido formarse una opinión respecto á esto último. En nuestra primera observación, el largo período de año y medio de distintos tratamientos no había traído ni una sola tregua en la marcha de la afección; en los enfermos 2, 3 y 6 ningún tratamiento de los comunes en la úlcera gástrica ó la gastritis había producido una mejoría sostenida; eran sólo treguas momentáneas de algunos días, que precedían á nuevas exacerbaciones de los sufrimientos. Es, pues, el caso de afecciones rebeldes, no bien caracterizadas, que, como dicen los maestros, deben provocar una investigación en el terreno de la sífilis. Sin embargo, hay casos relativamente recientes, casos en que por una coincidencia el médico puede observar la afección desde su principio, y en ellos hay un hecho que debe tenerse presente: es la marcha rápida de la emaciación, en que la desnutrición marcha á largos pasos, coincidiendo con el abatimiento moral del individuo; se comprende que estos datos tienen valor, cuando á la par de ellos se encuentran lesiones ó signos viscerales que localizan el origen de las manifestaciones de carácter general; era el caso de nuestra observación III.

Dolor.

El interrogatorio de los enfermos acusa, en general, un signo que puede decirse constante, sea cualquiera la forma que revista el mal, gastritis, úlcera ó cáncer: es el dolor subsiguiente á la ingestión de alimentos, dolor que se gradúa desde la molestia, la sensación de plenitud, hasta el dolor agudo, violento, perforante que caracteriza la úlcera redonda, ó el dolor propio de la crisis gástrica de los tabéticos. Este dolor casi siempre es constante y en algunos casos puede

abrir la vía del diagnóstico por una condición, que es la exacerbación vespertina, coincidiendo ó no con la ingestión de alimentos. Por lo demás, se confunde con el mismo signo en las afecciones comunes análogas y sólo el síndrome, es decir, el conjunto de los varios síntomas que puede presentar el enfermo, es lo que puede hacer sospechar la naturaleza de la afección. Sin embargo, el dolor en el cáncer es más permanente que en el sifiloma y la agudeza en las crisis es mayor en el sifiloma que en el cáncer; estas remisiones que en algunos casos llegan á la supresión del dolor, deben inducir al diagnóstico de sifiloma.

Vómito.

El vómito es un signo inconstante; puede observarse con manifestaciones de poca importancia y con lesiones no aparentes, estando ligado, en general, á la localización pilórica más que á cualquiera otra, pero puede también no presentarse nunca en enfermos que tienen múltiples y vastas lesiones, siendo esto lo menos común. Precedido por las náuseas y la regurgitaciones cuando se trata de los casos que simulan las gastritis, ó alternando con estos signos cuando las lesiones son más pronunciadas,—es alimenticio, mucoso ó sanguíneo, según que se trate de la estenosis por lesión extracavitaria, de ulceraciones superficiales ó profundas. En las observaciones en que el tumor ó una placa de infiltración perceptible á la palpación, asientan sobre la corvadura ó la tuberosidad mayor, el vómito puede ser tan raro ó nulo como lo es frecuente en la lesión pilórica. En la primera de nuestras observaciones, á pesar de la abundancia y del volumen de las lesiones, la enferma nunca tuvo vómitos; en la segunda y tercera (con lesión pilórica) los vómitos eran constantes después de cada comida y en ambos enfermos el vómito demostraba la ectasia gástrica por la mayor abundancia de líquido vomitado que á veces era más del doble de lo que el enfermo había ingerido; en la cuarta y quinta, siendo reciente la lesión, los vómitos eran escasos, pero las náuseas eran frecuentes; en la sexta los vómitos fueron escasos y en la séptima, siendo recientes las lesiones, los vómitos fueron precoces y producidos por la ingestión de alimentos.

Las gastrorragias y melenas observadas en nuestros enfermos números 2 y 3, no han tenido nada de particular; sólo en el 3.º producían lipotinias por su abundancia, y la melena, como sucede generalmente, daba lugar á cólicos intestinales.

Debemos apuntar un hecho que no se pudo confirmar por el examen directo: los enfermos 2 y 3 al principio del tratamiento y coincidiendo con algunas modificaciones de los tumores, advertían la presencia de partículas como purulentas, como maíz pisado en algunas deposiciones y vómitos durante algunos días.

Tumor.

Los tumores ofrecen caracteres que pueden guiar el diagnóstico por buen camino, á juzgar por lo que hemos podido observar en nuestros enfermos. La forma no varía mucho; creemos que en general podría reducirse á dos, que anatómicamente son el goma enquistado y el goma infiltrado, pues la exploración manual, que es lo que nos permite estudiarlos, no puede llegar á descubrir los períodos de fusión sobre la mucosa, por consiguiente de ulceración, aunque debe tenerse presente que permite comprobar las cicatrices cuando éstas ocupan, al parecer, la mayor parte del espesor de la pared ó su parte externa.

En el goma enquistado el tumor da á la palpación una consistencia elástica, casi fluctuante en el punto más prominente, y por lo tanto su forma es globulosa, algunas veces ovalada, sin irregularidades, disminuyendo gradualmente la elasticidad del vértice á la base y hallando en ésta una consistencia no fibrosa, sino poco elástica, semejante á la que podría dar un anillo de caucho algo resistente. Aislados ó confundidos con otros, siempre es difícil limitar bien, por la palpación, el asiento de estos tumores, por lo que no puede decirse si la base es perfectamente redondeada, aunque en la mayoría de los casos la forma se parece más á ésta que á cualquier otra. A veces la base del tumor aparece como estrechada (pediculada), pero esto lo hemos observado en muy pocos casos y más bien después de algún tiempo de iniciado el tratamiento específico. En general, no se encuentra porciones ó nódulos indurados, escirrosos, superficies desiguales, aunque redondeadas, como sucede en el cáncer. Cuando existen varios gomas reunidos, la superficie de unión es de una transición suave y los puntos culminantes presentan, generalmente, la sensación elástica.

La palpación y sobre todo la presión, despiertan dolor, que es más agudo, y más rápido en su producción en la parte culminante, pero más aun en la base de implantación; este signo es el que sirve muchas veces, más bien que la sensación que nos da el tacto, para esta-

blecer el límite clínico de la lesión. Nada tiene de extraño el que así sea, puesto que esto es lo mismo que sucede en los gomas sifilíticos en general, óseos, periósticos ó subcutáneos.

Cuando el tumor asienta en la pared posterior, la palpación no es posible. En la anterior los caracteres enunciados se aprecian con bastante claridad. Donde es más difícil precisar bien la forma y límites del tumor, es cuando asienta en el píloro, en cuyo caso también la elasticidad parece menor. En algunos casos es difícil reconocer si el tumor asienta en la pared gástrica ó en el músculo recto correspondiente, pero la repetición del examen permite llegar á una localización precisa.

El número de tumores perceptibles varía desde uno hasta ocho ó diez, como en nuestra primera observación. Cuanto más reciente la manifestación, el número y el tamaño de los tumores es menor. La multiplicidad debe ser tenida en cuenta como un dato diagnóstico. En el curso de la afección, cuando los enfermos no siguen con regularidad el tratamiento, puede observarse la aparición de nuevos gomas, cuya regresión se produce con regularidad desde que se insiste en el tratamiento.

En el goma infiltrado la palpación nos permite percibir una placa que pudiéramos llamar edematosa, que mentalmente podría compararse con una placa de urticaria; su superficie generalmente es plana, á veces ligeramente elevada del borde hacia el centro; en otros casos algo deprimida hacia el centro. Debe suponerse que cuando se eleva la placa del borde hacia el centro éste debe estar constituído por un nódulo gomoso y el resto de la placa ser la infiltración circunvecina, la tumefacción inflamatoria que se observa algunas veces en la piel alrededor de los gomas dérmicos; en el segundo caso puede ser el goma infiltrado, es decir, la placa que á semejanza de lo que se observa con bastante frecuencia en la piel de la frente, ofrece un reborde rosado más ó menos ancho y un centro de dimensiones variadas, pálido, como anémico.

Es sensible á la palpación y dolorosa á la presión en toda su superficie; limitable á la palpación más que por un reborde, que algunas veces se encuentra total ó parcial, por la sensación dolorosa que despierta la palpación en el límite y la falta de dolor inmediatamente por fuera, es decir, por la presión comparada de los puntos limítrofes. La forma, el asiento y la extensión de estas placas de infiltración gomosa, varían mucho, como puede variar el número, aunque clínicamente deben ser pocas en cada caso.

A veces la superficie de estas placas de infiltración presenta irregularidades, es decir, elevaciones, generalmente más dolorosas, que, á juzgar por la evolución después de la acción del tratamiento, corresponden á gomas enquistados. Es posible que en estos casos no se trate de una placa de infiltración gomosa, sino de los fenómenos inflamatorios ó de la combinación de las dos formas. En la forma infiltrada, como en la enquistada, los puntos más dolorosos son los de la periferia.

Quimismo gástrico.

¿El quimismo gástrico puede servir como un elemento de diagnóstico en las afecciones que estudiamos?—Según Hayem, cuya opinión es tan autorizada en esta materia, parece que no; los resultados del análisis en el caso de sifiloma comprobado, ofrecen una gran semejanza con los que se ven en el cáncer, aún en la presencia del ácido láctico, pues Hayem dice que existiendo úlcera y estrechez por sifiloma, los exudados de ulceración y la retención por estenosis, dan el mismo resultado en un caso y otro. En el caso de úlcera con hematemesis Hayem considera probable que el análisis del jugo gástrico pudiera suministrar indicaciones preciosas, pero reconoce que el momento en que sería útil, el de la hematemesis, es precisamente aquel en que no se puede practicar. De modo, pues, que debemos creer que por ahora no es un elemento que arroje luz en la sífilis gástrica. Sin embargo, Einhorn le da algún valor.

Rastros ó lesiones sifilíticas.

Por lo que dicen los maestros en la materia y sobre todo por lo que el buen sentido clínico indica, la existencia de lesiones específicas ó de rastros de lesiones concomitantes, debe ser siempre la voz de alerta para hacer una investigación prolija en cada enfermo que despierte la menor duda. No sin razón insisten los maestros en este punto, como se ve por las transcripciones hechas y como deben tenerlo presente todos los que asumen la responsabilidad de tener á su cuidado la salud ó la vida del enfermo. En efecto, por los signos que hemos analizado, pocas veces puede llegarse á formular un diagnóstico cierto, pero puede, en cambio, cuando haya la menor duda, reservarse el diagnóstico y buscar fuera de la localización gástrica los rastros ó las manifestaciones lejanas, confesadas, de la sífilis (casos de Dieulafoy y de

Hayem) ó manifestaciones recientes concomitantes que por sí solas obligarían á iniciar un tratamiento específico y que son las que muchas veces, de una manera inesperada, han hecho la luz resolviendo por completo el problema (casos de Andral (padre), Keser, Topinard, Sanders, Gubler, Schwimme y otros).

En otros casos, á falta de lesiones ó de rastros, está el conocimiento de antecedentes específicos del enfermo, cuando éste ha sido tratado antes por el mismo médico (casos de Hayem, Marc, Fournier, Dubuc, Hemmeter, Mackay, Trousseau, Dujardin-Beaumetz, Einhorn, Dieulafoy, etc.,—en nuestras observaciones números 4 y 5). En este caso como en el anterior, el médico procede inducido por lo que ve ó por lo que conoce; en unos casos inconscientemente es llevado al diagnóstico por la acción del tratamiento aplicado á unas lesiones y demostrada sobre las otras; es decir, que tratando por incidencia las manifestaciones activas de la sífilis que presenta el enfermo, se encuentra frente á las modificaciones que sobre la lesión gástrica ejerce la medicación y es llevado de la mano á formular el diagnóstico cierto de la afección que era primordial.

Mas esto no encuadra en la misión del médico, que siempre debe proceder conscientemente é ir en busca de nuevos datos que le conduzcan á un diagnóstico, cuando menos aproximado. Para esto, ante las dudas que puede suscitar el resultado del examen, debe tenerse presente siempre la sífilis como origen de ciertas afecciones gástricas, y siguiendo lo que aconsejan los maestros, investigar los rastros ó lesiones que pueda presentar el enfermo, y aún sin la existencia de éstos, investigar cautelosamente los antecedentes con relación á las afecciones venéreas.

En caso de resultado negativo en una y otra investigación, debe tenerse presente la advertencia que hemos copiado de Hayem: así como no basta que un individuo tenga antecedentes sifilíticos para referir á la sífilis su lesión gástrica, tampoco hay que confiar en la falta de antecedentes suministrados por el enfermo para que no se acepte la naturaleza sifilítica de la afección; no porque sin ser sifilítico el individuo pueda tener una manifestación cualquiera de esta naturaleza, sino porque siendo harto frecuente la sífilis ignorada, la negativa del enfermo tiene un valor menos significativo que la ausencia de rastros de lesiones anteriores. La investigación que se practique en busca de lesiones ó de rastros debe ser sumamente prolija, y para demostrarlo mencionaremos lo que nos sucedió con dos de nuestros enfermos, en los que encontramos como manifestación activa de

la sífilis, que al parecer no causaba la menor molestia á los enfermos, un goma perióstico localizado en la fosa ilíaca interna por detrás de la espina ilíaca anteroinferior, y una periostitis de las vértebras lumbares en su cara anterior, lesiones que confirmaban nuestras sospechas respecto á la naturaleza de la afección gástrica y que se modificaron con más rapidez que ésta, una vez iniciado el tratamiento específico.

Tratamiento de prueba.

¿Ante la falta de datos y antecedentes y no pudiendo comprobar rastros específicos en el examen más concienzudo, es permitido ensayar el tratamiento específico?—En caso de duda, sí, sea cualquiera la duda. Procediendo con cautela, sabiendo manejar los dos medicamentos específicos, se impone el tratamiento de prueba como último recurso á que debe apelar el médico antes de confiar el enfermo á la mesa del cirujano ó de establecer un pronóstico fatal.

Esta opinión la sustenta un maestro de tanto valer como Hayem, que confiesa que en lo sucesivo no incurriría en algunos errores en que había incurrido por no haber tenido presente la sífilis en su investigación.

El tratamiento de prueba tiene aún un valor, además del que hemos indicado: no sólo descubre, no sólo indica la vía del diagnóstico, sino que, como su nombre lo dice, demuestra y evidencia, sin dejar lugar á discusión, la naturaleza de la afección gástrica que podríamos sospechar ó no suponer.

Las observaciones detalladas que acompañamos son demostrativas en su mayor parte; llenan el programa establecido por las autoridades que hemos citado y tienden á inculcar al clínico la idea de investigar la sífilis en casos análogos.

La acción del tratamiento es rápida, por regla general, aún cuando en algunos casos la intensidad de las lesiones ú otras afecciones concomitantes no permitan esos casos de transformación rápida. De cualquier modo, la observación detenida del enfermo permitirá en un término más ó menos breve formar una opinión diagnóstica, confirmando ó eliminando una sospecha.

Debemos advertir, por lo que hemos observado en nuestros enfer-

mos números 3, 4, 5 y 6, que si el tratamiento se inicia por dosis elevadas, es decir, si se hace intensivo de acción rápida, ciertos fenómenos se exacerban pasajeramente: tal sucede con el vómito y con el dolor y la sensibilidad de las neoplasias á la palpación. Nada tiene de particular esto, pues es bien sabido que en las lesiones esplánicas de la sífilis, conviene proceder en el tratamiento con dosis crecientes para evitar esas reacciones locales violentas.

Hasta ahora la investigación del *Treponema pállida* no ha dado ninguna luz en el diagnóstico clínico de la sífilis gástrica.

Recientemente un autor ruso M. Mikhailow, («Roussky Vratch», 1906, número 50, «Annales des Maladies Vénériénes», número 2, febrero de 1907) indica que á la vista el yoduro de potasio ejerce una influencia favorable sobre los cánceres (disminución de volumen de los tumores). En el cáncer del estómago, cesación de los trastornos digestivos y de los vómitos y mejoría del estado general; pero estas modificaciones son pasajeras.

Según el mismo autor, los enemas yodurados pueden servir también para el diagnóstico diferencial de la sífilis y del cáncer de las vísceras: en los cancerosos provocarían después de algunos enemas una elevación de temperatura de algunas décimas, lo que no sucede en los sifilíticos, pues en éstos se notaría más bien un cierto descenso de la temperatura habitual.

CONCLUSIONES

1.ª La sífilis gástrica es más frecuente de lo que parece. Muchas veces pasa inadvertida á la vista del médico.

2.ª Ante un caso de afección gástrica, cuyo diagnóstico sea dudoso, debe investigarse la sífilis y tener en cuenta algunas particularidades de los síntomas.

3.ª Comprobada ó supuesta la sífilis y aún á falta de antecedentes, corresponde iniciar el tratamiento de prueba.

4.ª El tratamiento debe ser metódico, gradual, á dosis crecientes, é intensivo, empleando á un tiempo el yoduro y el mercurio.

III

Observaciones

OBSERVACIÓN I

Sífilis gástrica, hepática y esplénica (Gomas)

DICIEMBRE DE 1893 Á MAYO DE 1908

F. O., uruguaya, costurera, soltera, de 30 años de edad. Cose á máquina desde la edad de 15 años hasta hace un año, en que se enfermó.

Antecedentes hereditarios.—Sus padres viven: Padre 88 años, ciego desde 1893, por cataratas. Madre: 80 años. Parapléjica y hemipléjica: en 1891, octubre, ataque apoplético, afasia, parálisis del brazo izquierdo, y facial izquierda; en 1893, en septiembre, apoplejía, sin conocimiento, durante 15 días, reaparición de la afasia. Tuvo 9 partos de término alternados con 9 abortos; de los 9 hijos murieron dos de poca edad, uno con convulsiones y el otro con infección gastro-intestinal.

Antecedentes personales.—Reglada á los 14 años, no ha tenido ningún trastorno menstrual hasta octubre de 1892 en cuya fecha la regla desapareció sin notarse trastornos. Tuvo un solo embarazo á los 17 años; el hijo vive y es sano. Epixtasis substituyeron las reglas.

Ha padecido leucorrea desde joven, en períodos frecuentes. Hasta 1887 era sana; en ese año tuvo ictericia, anemia cerebral (?) y cefalea continua que sólo cesó hace 6 ó 7 meses. Dice que nunca tuvo fiebre ni granos—que nunca sufrió de la garganta y que el embarazo fué de todo punto normal. En 1887 tuvo una afección uterina que fué tratada con curas locales. En 1890 se le hizo el raspado uterino, teniendo entonces una afección del cuello; el médico que la asistió, sospechando la sífilis, prescribió IK. A mediados de 1892, residiendo en Buenos Aires, empezó á sufrir del estómago; tuvo diarrea y hacia fines de ese año ya notaba tumores de la región epigástrica que, según dice, fueron diagnosticados como cancerosos. En marzo de 1893 regresó á Montevideo con hinchazón del vientre, seguida poco después de ictericia. Vista por varios médicos, unos la diagnostican como cancerosa, otros como litiasis biliar.

Estado actual.—En diciembre de 1893 la veo por primera vez. Su aspecto hacía concebir muy pocas esperanzas; era el de una tuberculosa mesentérica, más bien que el de una cancerosa: caquéctica, en un grado de demacración extrema, estaba en decúbito dorsal, con ictericia intensa color amarillo-terroso, ascitis abundante, edema de las extremidades inferiores, sobre todo en la derecha. Piel seca. Nunca ha tenido sudores. Se sofoca fácilmente y sólo puede levantarse para ir á un sillón. Insomnio, sueños cortos por los dolores que la mortifican más de noche que de día. Suele tener algunos accesos de tos, pero no presenta ningún signo en el aparato respiratorio. Nada anormal en los aparatos circulatorio y renal. Lengua saburral, diarrea continua, dolores en todo el vientre, sobre todo en el epigastrio; nunca ha tenido vómitos.

El epigastrio está completamente ocupado por una masa de tumores, cuyo límite inferior no se alcanza por la ascitis; á simple vista es una tumorización con dolor espontáneo y á la presión; palpando se encuentran unos seis ú ocho tumores mamelonados y elásticos, bastante

consistentes; forman como un conglomerado que asienta evidentemente en la pared gástrica. El tamaño de estos tumores varía del de una nuez grande al de una mediana; los límites laterales se confunden con el hígado y el bazo, de los cuales pueden aislarse por una palpación detenida.

El hígado aumentado de volumen, liso, sobresale del reborde costal unos tres traveses de dedo. El bazo también aumentado, muy consistente, sobresale también unos tres traveses de dedo del reborde costal y presenta una escotadura triangular en la parte antero-inferior.

El estado caquéctico no correspondía á una cancerosa; pero sobre todo, aquella enorme masa de tumores, no presentaba los caracteres del cáncer gástrico: eran globulosos, elásticos, conglomerados y muy dolorosos á la presión. La ascitis inducía también á eliminar el cáncer por su abundancia y su concomitancia con la ictericia, contrastando á la par con el tipo de la caquexia. No había tampoco relación entre la ictericia y una lesión tuberculosa, ni la caquexia llevaba el sello que incita á pensar en ésta. La edad de la enferma, la marcha de la afección (la enferma decía que había notado los tumores desde el principio de su enfermedad en Buenos Aires, á mediados de 1892), la lesión difundida en los órganos abdominales, la exacerbación nocturna de los dolores, inclinaban más el ánimo á aceptar una afección sifilítica, á pesar de su rareza, y en consecuencia se impuso el tratamiento de prueba, único que podía hacer concebir alguna esperanza. Con muy poca de obtener resultado, prescribí una poción de IK. que fué mal tolerada al principio, embrocaciones de pomada mercurial doble en la pared abdominal, una poción de bismuto y benzonaftol y régimen lácteo.

Curso de la enfermedad.—Enero 15 de 1894.—Empieza á disminuir el edema de las extremidades inferiores, cesa la diarrea, disminuyen los dolores del vientre y son menos intensos los del epigastrio.

Enero 30.—El edema ha desaparecido, la ascitis disminuye y los dolores del vientre la molestan menos. La enferma se repone, desapareciendo el aspecto caquéctico. Desde mediados de este mes, abundante caída de pelo.

Febrero 13.—Sin ascitis. Dolores escasos y localizados en el epigastrio. Disminuye el volumen del hígado y del bazo. La tumorización epigástrica menos prominente, deja ver en el centro un punto saliente que es el tumor de mayor volumen; los otros tumores se aplanan y tienden á desaparecer. En el hígado y el bazo no se encuentra ningún tumor. Desde el día 10 epixtasis suplementaria de la regla, algo retardada, precedida por sofocación y cefalalgia gravativa.

Febrero 24.—Sin dolores hasta el 22. Sin aspecto caquéctico; resto de tinte ictérico perceptible en la esclerótica. Buen apetito. La tumorización, aplanada, forma una superficie lisa con dos puntos salientes que coinciden con el asiento de los dos tumores más prominentes, reducidos á la mitad de su volumen, más consistentes, dando á la palpación una sensación fibrosa, como de cicatriz; ya no son redondeados, sino aplanados. Es en esos puntos salientes en los únicos en que la enferma aqueja dolor espontáneo lento, pero agudo á la presión. El borde inferior del estómago se encuentra á cuatro traveses de dedo por arriba del ombligo. El hígado puede aislarse bien de los tumores, es menos voluminoso y de bordes menos gruesos, siendo de consistencia semejante á la de la pared del estómago; toda su superficie es lisa. El bazo se aísla bien, su borde anterior es más fino. La regresión de las lesiones es evidente. Sigue el tratamiento mixto.

Marzo 2.—Más repuesta. Tinte amarillo rosado más pronunciado. Sueños más cortos. Los dolores del vientre aumentaron, á veces son violentos. Tiene una deposición. Lengua saburral, apetito regular. La zona de sonoridad del estómago aumentada. Tumores iguales, dolorosos sobre todo á la palpación. Hígado: glóbuio derecho normal; izquierdo aumentado. Bazo indolente. Tiene epixtasis continuas de sangre negra que no corresponden con el período menstrual. No ha reaparecido la menstruación.

Continúa el tratamiento mixto.

Marzo 16.—La enferma se ha demacrado algo, el tinte ictérico es más pronunciado; ha tenido vómitos continuados y diarrea en estos días, con dolores intensos en todo el epigastrio y el vientre. La superficie de la tumorización parece mayor y el espesor de la pared del estómago en su parte inferior parece aumentado. El bazo parece aumentado de volumen.

Abril 2.—Más repuesta; menos tinte ictérico. Duerme regular. Tiene apetito. Lengua casi limpia. Siente molestia en el estómago después que come. Alternan la diarrea y el estreñimiento. Tiene mareos. Dolores espontáneos menos intensos en el vientre; aqueja como contracciones en todo el abdomen. Todo éste sonoro, pero en la región epigástrica submacizo. En la pared gástrica sólo queda el nódulo central, más redondeado, con caracteres de regresión cicatricial; no hay mamelones, es una superficie menos sensible, gruesa y con consistencia fibrosa. Se palpa bien el límite inferior de la pared gástrica. Bazo é hígado disminuyen de volumen; se aíslan bien del estómago. Epixtasis diarias. Mucosa vaginal con múltiples erosiones, algunas ulceradas en el fondo posterior; cuello uterino con adherencias hacia atrás y con erosiones del hocico de tenca.

Abril 19.—Buen estado general, algo pálida, restos de ictericia. No aqueja molestias en el estómago. Deposiciones normales. La palpación del epigastrio permite apreciar el engrosamiento de la pared del estómago y la presencia de nódulos cicatriciales que forman una masa en la parte media; la enferma aqueja dolor á la palpación, muy ligero, en ese punto, mientras que antes la palpación superficial era intolerable; á la derecha, cerca de la tuberosidad menor, queda una superficie tumorosa, resistente, de forma casi circular. Bazo más pequeño, perfectamente aislado del estómago. Hígado: el lóbulo izquierdo aún aparece por dentro del reborde costal izquierdo, es indolente, está muy indurado, su volumen se ha reducido á la mitad; se limita difícilmente con el estómago; lóbulo derecho aumentado de volumen, pero sin que pueda notarse goma aislado.

Dolor á la presión al nivel del ombligo, dolor intolerable. El 17 aparecieron las primeras manifestaciones del flujo menstrual, que desaparecieron en seguida. Las epixtasis aumentaron después y son muy abundantes. Desde marzo 16 se aumenta progresivamente la dosis de yoduro de potasio, pero no ha excedido la de un gramo diario. Continúa siempre la pomada mercurial en la pared abdominal.

Mayo 7.—La enferma abandona algo el uso del IK. y sigue la pomada, porque le alivia los dolores. Hoy aparece un goma de la extremidad superior del peroné izquierdo, muy doloroso. Este dolor cedió á la pomada mercurial, *loco dolenti*, á los dos ó tres días. Se aumenta la dosis de yoduro. En estos días aparece flujo vaginal sanguinolento, desapareciendo las epixtasis. Se suspende la pomada mercurial por estomatitis. El 17 desaparece ésta y reaparecen los dolores en el epigastrio. En la vagina hay ulceraciones superficiales extensas. Cuello uterino erosionado.

Junio 22.—Hace días cefalalgia, dolores de estómago y de vientre, diarrea, alternando con estreñimiento cada dos ó tres días. Gingivitis que obliga á suspender la pomada mercurial. Algún dolor y tumefacción en el goma del peroné. Dolor en el hombro derecho por periostitis gomosa, que no deja llevar la mano á la cabeza. Continúa el IK. Epixtasis escasas.

Julio 9.—Más repuesta. Buen apetito. Alguna cefalalgia. Alguna diarrea. Ligero tinte ictérico de las escleróticas. En la parte media é inferior de la pared anterior del estómago hay tres nódulos, del tamaño de una nuez mediana, colocados en línea, de arriba abajo, reunidos como una masa con el central más prominente. La pared del estómago más flexible que en los días anteriores; el borde inferior del estómago á la misma altura. La enferma aqueja ardor, y algún dolor del epigastrio á la presión y palpación. Al hacer la flexión del cuerpo hacia adelante aqueja dolor en el estómago. El lóbulo izquierdo del hígado sobresale unos cuatro centímetros del reborde costal; su borde libre es grueso, fibroso, sensible á la presión.

y se limita bien de los tumores de la pared del estómago. Desde fines de junio epixtasis abundantes acompañadas de los síntomas generales de la menstruación; el día 4 aparece por primera vez la menstruación abundante de aspecto normal, con algunos dolores de vientre, continuando las epixtasis; aqueja dolores reumatoideos en el cuerpo y en las extremidades, dolores que disminuyen cuando camina. Aqueja alguna plenitud gástrica y abdominal. Siguen las fricciones mercuriales y el yoduro.

Julio 23.—Los dolores de vientre le molestan mucho y le dificultan la progresión. Se ha demacrado. Aqueja dolores en las extremidades inferiores. El bazo aumentado de volumen, sus bordes más gruesos, pero siempre indolente. El lóbulo izquierdo del hígado también ha aumentado de volumen é indolente. En la pared gástrica, á unos 3 ó 3 y 1/2 cms. por debajo del apéndice xifoides, aparece un tumor duro, elástico, de forma algo irregular, como si tuviera facetas ó fuera formado por la fusión de varios tumores; tiene unos 3 cms. en sentido vertical, 2 en la parte más prominente y unos 5 ó 6 en sentido transversal.

La parte central, más prominente y consistente, corresponde al nódulo cicatricial en que la enferma aquejaba dolor los días pasados.

La presión y palpación son muy dolorosas en ese punto, donde el dolor se despierta ejerciendo presión sobre el abdomen, aún á alguna distancia. El resto de la pared del estómago aparece más lisa y con menos consistencia. Diarreas frecuentes en algunos días. Cefaleas intensas. Sin epixtasis. Desde el 31 de julio la cefalea se acompaña de hiperhemia conjuntival derecha y temefacción del mismo lado de la cara, que desaparece el día 6 de agosto.

Agosto 17.—Inapetencia. Diarrea con frecuencia. Sed. Sueño muy irregular por los dolores. Sin embargo, el aspecto exterior de la enferma ha mejorado, más repuesta y con mejor color. Tinte ictérico apenas perceptible. La enferma ha empezada á coser á máquina. Hace como un mes que alternan la cefalalgia y los dolores de vientre, cuando existe una desaparece el otro. Aqueja dolores vagos en las extremidades cuando camina. Dolor de estómago más continuado, más intenso, sobre todo estando acostada. El nódulo cicatricial algo menor, pero muy sensible, es el centro de los dolores. Algo por encima de este nódulo y hacia el reborde costal derecho aparecen unas tumorizaciones poco elevadas, mal limitadas, que hacen irregular la superficie. Por debajo del nódulo parece que éste se continuara, formando un tumor mal limitado, poco apreciable. Toda la mitad inferior de la pared y la corvadura mayor aparecen de mayor espesor y de consistencia fibrosa; aquí se provoca algún dolor tolerable por la presión.

Bazo algo menor, bien aislado del estómago, indolente. Lóbulo izquierdo del hígado, menor, de superficie más irregular. La epixtasis ha desaparecido hace 15 días, pero no reapareció la menstruación.

Agosto 28.—Sueño inquieto. Algún ardor de estómago. Diarrea alternando con estreñimiento. En la pared anterior del estómago no se nota más que el tumor más prominente ya citado, redondeado, doloroso, algo elástico. Toda la región epigástrica sonora á la percusión. No se puede apreciar el tumor del lóbulo izquierdo del hígado. El bazo más reducido. La mucosa vaginal presenta restos de erosiones en vías de cicatrización y se ven algunas señales de cicatrices antiguas. Continúa el tratamiento mixto.

Septiembre 13.—La enferma estuvo en cama con influenza los primeros días del mes y tuvo abundantes y repetidas epixtasis. Desde entonces desapareció el dolor de estómago. Hoy presenta buen aspecto. Anorexia é insomnio. Anteayer reapareció el dolor de vientre y la diarrea. Región epigástrica más deprimida é indolente, sólo hay dolor espontáneo y á la presión en el nódulo central inferior. Por arriba de éste y á la derecha se nota otro tumor alargado en el sentido del reborde costal derecho, del que está distante unos 2 cms.; es más plano y menos perceptible que aquél, de unos 5 ó 6 cms. de largo por 2 de ancho; es indolente á la presión. Hígado más reducido, bazo igual. Dolor á la presión por la región lumbar y por el abdomen al nivel del riñón derecho.

Octubre 1.º—El 18 de septiembre aparece la menstruación (2.ª) más abundante aumentando al mismo tiempo las epixtasis; duró nueve días, se suspendió durante dos y reapareció durante uno y medio; fué abundante, de color oscuro, fétida y se acompañó de dolores de vientre, de cabeza y de estómago durante los primeros tres ó cuatro días. Se nota edema en ambas piernas, más pronunciado en la izquierda. Continúa con poco apetito é insomnio; sin embargo, la enferma se repone. En la pierna hay dos cicatrices que pueden ser consecutivas á ulceraciones de ectima.

Octubre 19.—Inapetencia, mucha sed, algunos días cefalalgias intensas. Ha tenido epixtasis el 10, el 13 y el 18. El nódulo situado en la parte media derecha de la pared del estómago, sensible, menos prominente, ocupa una superficie de unos 5 cms. de diámetro y parece formado por la reunión de dos ó tres. Los de la izquierda se notan poco. Hígado y bazo de dimensiones casi normales. Se aumenta la dosis de IK.

Noviembre 15.—Mejor apetito. Buen aspecto sin cefaleas. Aqueja alguna pesadez y regurgitación después que come. Persiste el insomnio. En la región epigástrica se encuentra en la parte media lateral derecha y algo abajo, un tumor duro, fibroso, de forma redondeada, algo ovalado, de unos cinco cms. de diámetro, poco sensible, bastante prominente. A un través de dedo hacia la derecha de este tumor se encuentra el borde del lóbulo derecho del hígado con un goma separado del anterior por un surco en cuyo fondo la presión descubre el asiento del dolor que aqueja la enferma. Este goma tiene la mitad de las dimensiones del anterior, pero es más alargado, estrecho, dirigido oblicuamente abajo y á la derecha; forma cuerpo con el hígado y su límite externo se pierde debajo del reborde costal. El lóbulo izquierdo más hipertrofiado es indolente y alcanza hasta el reborde costal. Desde septiembre no reapareció la menstruación, ni las epixtasis desde octubre. Toma 5 grs de IK por día. Se suspenden las fricciones por los fenómenos renales.

Diciembre 10.—Los dolores en las extremidades le molestan muchos días; los del estómago, vientre y región lumbar se han exacerbado en estos días. Tiene alguna diarrea alternando con estreñimiento. Sin apetito. Mucha sed. Sin repugnancia, sin pirosis. Sensación de plenitud gástrica. Persiste el edema de las tibias. Epigastrio sensible á la presión. El borde inferior del estómago continúa elevándose. Goma del estómago sensible á la palpación, más aplanado, es la única superficie dolorosa. El goma hepático en regresión, de menor tamaño y más consistente.

La 3.ª menstruación apareció el 16 de noviembre y se prolongó hasta el 22, abundante, con dolores lumbares, sin dolor abdominal. Después tuvo dos ó tres epixtasis escasas y algunas cefaleas. Continúan alternando las cefaleas con las enteralgias.

Diciembre 31.—Continúan los dolores de vientre y las deposiciones líquidas,—hay edema de las piernas y pies. Poco apetito. El estómago tiene sus dimensiones normales; la pared menos consistente; la enferma dice que no siente la dureza ni la hinchazón que sentía aún á principio de mes; la presión no despierta ningún dolor al nivel del epigastrio, pero si se ejerce en otros puntos y es profunda, la enferma aqueja dolor en el estómago.—Todos los gomas indolentes y más reducidos.

Enero 17 de 1895.—Continúan los dolores de vientre y edema de piernas y pies. Duerme mejor. Tiene algún apetito. No ha tenido epixtasis. Menos demacrada y menos pálida. Los gomas continúan en regresión.

Del día 5 al 12, 4.ª menstruación; al aparecer ésta desaparecieron los dolores de vientre y la diarrea; al desaparecer se presentó cefalalgia durante días, seguida de dolor de vientre y diarrea.

Febrero 22 de 1895.—Los dolores de vientre han desaparecido, la diarrea también. Sin dolor de estómago, con menos edema de pies y piernas. Dolores lumbares y de las extremidades inferiores. Del 30 de enero al 4 de febrero, 5.ª menstruación, escasa; el 4 epixtasis

abundantes, repetidas hasta el 7; el 5 cefalalgia que continúa menos intensa. Se aumentó la dosis de yoduro á 7 gramos diarios; tinte de la piel abdominal más claro; en la cara cloasma intenso. No se encuentra el goma hepático y están muy reducidos los de la pared del estómago; se encuentra uno inmediatamente por debajo del apéndice xifoides.

Marzo 15 de 1895.—Sin cefalalgia, sin epixtasis, sin dolor lumbar, resto de edema pies y piernas, toma 12 grs. de IK diarios.

Abril 29 de 1895.—Sigue bien. La 6.ª menstruación duró del 18 al 24 de marzo y la 7.ª del 15 al 22 de abril, sin accidentes ni dolores, pero precedidas de éstos. Algunas epixtasis cortas. Sin edemas ni dolores en las piernas. Sigue la regresión de los gomas.

Junio 4 de 1895.—Sigue bien, pero tiene dolores de vientre y alguna diarrea. El cloasma ha desaparecido; 8.ª menstruación del 19 al 27 de mayo.

Agosto 12 de 1895.—Los nódulos cicatriciales cada vez menos apreciables. La 9.ª menstruación del 14 al 22 de junio y la 10.ª del 9 al 12 de julio y la 11.ª el 9 de este mes. Desde el 2 de julio sin medicación.

Noviembre 29 de 1895.—Sigue bien. La menstruación aparece con regularidad; los únicos trastornos que presenta son cólicos intestinales acompañados de diarrea que aparece unos días antes de la menstruación y desaparece unos tres ó cuatro días después.

Posteriormente la enferma ha seguido períodos de tratamiento, durante unos cuatro años. En 1902 la enferma tuvo un voluminoso goma perióstico del tercio superior del húmero derecho, que hacía imposible todo movimiento.

Vista y examinada nuevamente en febrero de 1907 he podido encontrar un goma no extinguido al nivel del apéndice xifoides (vértice) y las cicatrices de otros dos, una sobre la corvadura mayor, parte media, y otra próxima al píloro.

Mayo 12 de 1908.—Se encuentra un punto doloroso á la presión, como un pequeño tumor redondeado de unos dos cms. de diámetro, en la parte media del epigastrio, inmediatamente por debajo del vértice del apéndice xifoides; otro en la parte media de la corvadura mayor, al nivel de la línea blanca, menos preciso que el anterior en sus contornos y como de unos tres cms. al través, por unos dos en sentido vertical; se fija también por el dolor y por la palpación. Otro menos preciso aún, por debajo de la arcada costal derecha, al nivel de la vesícula biliar, pero por dentro y más profundo, al nivel del píloro seguramente. Son gomas no extinguidos por completo, pero que no producen fenómenos funcionales. Son los mismos encontrados en febrero de 1907. Deposiciones normales; sin vómitos. Buen apetito. Algo demacrada, pero con buen estado general. Regla bien. La última menstruación fué escasa. Hoy siente dolores á la presión y espontáneos en las crestas y caras internas de las tibias, en los omoplatos y en la cabeza del húmero derecho.

Prescribo IK y fricciones.

OBSERVACIÓN II

Úlcera y gomas del estómago

JULIO DE 1897 Á JULIO DE 1898

M. P., italiana, 58 años, viuda, domiciliada en Montevideo desde 1874, se ocupa en el cuidado de su casa.

ANTECEDENTES:—*Paternos:*—Sin importancia.—*Conyugales:* No tiene antecedentes patológicos que llamen la atención. Se casó por primera vez en Italia y varios meses después del matrimonio su marido ingresó en el ejército, donde permaneció tres años. Dos años después

vino á América, adonde lo siguió la enferma en 1874; trece meses después falleció el esposo después de tres meses de enfermedad, en abril de 1875.

La enferma supone que estuviera atacado de sífilis; parece que tuvo un absceso difuso del muslo (¿miositis supurada?).

Casada en segundas nupcias al poco tiempo, falleció el marido diez años después, de una enfermedad común.

Personales:—La enferma ha sufrido cefalalgias intensas el primer día de cada período menstrual. La menopausia sobrevino á los 48 años. Poco después padeció de fiebre tifoidea. Hace 14 ó 15 meses tuvo tenia solitaria. En su primer matrimonio siete embarazos; el primero fué normal, el segundo un aborto y los restantes fueron embarazos á término. En el segundo matrimonio 5 embarazos; el primero fué un aborto y los restantes llegaron á término. Dos hijos murieron en la primera infancia, por enfermedades que la enferma no detalla.

Iniciación de la enfermedad.—En los últimos días de julio de 1897 empecé á asistir esta enferma por una afección gástrica, pero sobre todo por una aortitis cuya sintomatología, con los signos anginosos, predominaba en el cuadro clínico: dolor en el foco aórtico, en el epigastrio y en la región renal; el dolor aórtico anginoso, el dolor epigástrico como una clavada del tipo de la úlcera redonda, pero poco intenso.

El pulso muy tenue, la radial dura y el segundo tono aórtico muy exagerado, no vibrante. Era estreñida, no tenía vómitos, la lengua presentaba una capa saburral. Dormía mal, quejándose sobre todo de los dos focos dolorosos. Estaba demacrada y pálida. Presentaba disnea de esfuerzo.

Además del tratamiento común de la dispepsia prescribí el yoduro de potasio para combatir su afección arterial. A los 15 días de tomar el yoduro los dolores cedían y el estado gastro-intestinal mejoraba á la par que el aspecto de la enferma. El 18 de octubre se fué al campo muy repuesta y mejorada, aquejando pocas molestias del estómago. La enferma que seguía con repugnancia el tratamiento abandonó el IK de inmediato, habiendo tomado unos 20 grs. en todo.

Curso de la enfermedad.—Regresa del campo en febrero 22 de 1898; allí siguió molestada, habiéndose agravado en enero; el médico que la asistió formuló el diagnóstico de sospechosa de cáncer, prescribiéndole condurango granulado. Cuando la vi el mismo día del regreso, estaba bastante demacrada, pero los signos aórticos habían cedido algo. Aquejaba pirosis, ardor en todo el esófago, con subida de líquidos muy agrios, á veces con mucosidades; estas regurgitaciones eran precedidas de una sensación de bola en el estómago, sensación que la molestaba é iba aumentando, hasta que terminaba por el vómito; los vómitos eran abundantes, de color achocolatado. Aqueja estreñimiento y las personas que la cuidan, notan que las deposiciones son de color achocolatado, á veces negruzcas, como sangre ó como borras de café.

La enferma dice que estos síntomas los notó desde enero y que antes, á pesar de que examinaba sus deposiciones, no había notado ninguno de estos caracteres. Según la enferma, ha perdido 15 kgs. de peso en un año. El primer día que la vi pude comprobar la abundancia excesiva de los vómitos que denunciaban la gastroectasia y el color achocolatado.

Examinando la región epigástrica, encontré un tumor á unos 3 cms. por arriba del ombligo, en la vertical de éste y algo á la izquierda; su forma parecía rectangular, de 3 y 1/2 cms. de largo por más de 2 de ancho, presentando como una depresión en el centro. Este tumor se continuaba hacia la derecha por una prolongación mamelonada, formada por otros dos más pequeños, del tamaño de una nuez mediana cada uno. El tumor intermediario era de forma irregular, el de la extremidad derecha redondeado, algo agudo. El tumor supraumbilical era muy sensible, aún á una ligera palpación, y el límite de este dolor se pre-

cisaba bien por la palpación, no pudiendo establecer un diagnóstico preciso entre el cáncer y el sifiloma, pues los tumores no podían ser atribuídos solamente á la úlcera redonda.

Someto á la enferma á régimen lácteo, alcalinos y sulfato de soda á pequeñas dosis.

Marzo 2 de 1898.—En estos días el tinte pálido, con cloasma poco marcado, va desapareciendo y la demacración se hace menos pronunciada; los vómitos son menos frecuentes, algunos días no se producen, pero cuando se presentan tienen los mismos caracteres.

La enferma aqueja una sensación de líquido y de bola en el estómago y regurgitaciones de líquidos ácidos mezclados con mucosidades.

Esta marcha variable de la enfermedad, atenuada en sus manifestaciones por el régimen lácteo, exacerbada cuando la enferma no lo seguía, porque suponía que la leche le hacía mal, dió lugar á una consulta que celebramos con un distinguido especialista, á quien manifesté mis dudas respecto á la naturaleza de la afección, recordando las modificaciones que había producido el IK cuando lo prescribí en julio para combatir la aortitis. El colega no se sintió muy dispuesto á aceptar esta opinión. Se hizo el análisis del jugo gástrico y esto permitió eliminar el cáncer, como puede verse por el resultado:

ANÁLISIS DEL JUGO GÁSTRICO

Cifras expresan miligramos

14 DE ABRIL DE 1898			RESULTADO DEL ANÁLISIS		
Cifras normales			Hiper +	Normal =	Hipo —
Acidez total	A	189	233	—	—
Acido clorh. libre	H	44	124	—	—
HCL combinado orgánico . . .	C	168	—	—	95
Clorhidria	H+C	212	219	—	—
Cloro total.	T	321	445	—	—
Cloro mineral fijo	F	109	226	—	—
Coeficiente.	$\frac{A-H}{C}$	86	114	—	—
Coeficiente.	$\frac{T}{F}$	3	—	—	1,969

Peptonas—Da reacción marcada.
Sintonina—No contiene.
Reacción del HCL—Positiva.
Acidos grasos—Da reacción marcada de láctico.
Volumen 270 cms. cúbicos.
Líquido regular, emulsionado.
Filtra: difícilmente.

Practicada la insuflación, se comprobó el asiento de un tumor en el estómago, próximo al píloro. Ya en posesión de estos datos decidí ensayar el tratamiento específico y prescribí el 16 de abril: fricciones de pomada mercurial doble en todo el epigastrio y un gramo de IK

por la vía gástrica; el 18 se elevó la dosis á dos gramos; al llegar á esta dosis la enferma aqueja dolor parotideo y gusto metálico en la boca.

El 19 tiene menos regurgitaciones. El 20 desaparecen los vómitos y tiene eructos con gusto á leche, pero sin fetidez, en vez de regurgitaciones. El 22 cesan por completo las deposiciones negruzcas, siendo las nuevas de aspecto normal y de color claro; el 23 menos sensación de bola, menos dolor al nivel del tumor supraumbilical y el lateral derecho indolente á la presión.

Abril 25.—La lengua menos saburral; disminuyen los eructos; los vomitos no han reaparecido. El estado general de la enferma que antes era desastroso, ahora es bastante bueno. Los tumores continúan reduciéndose, pero aun se precisan bien, siendo necesaria una presión más profunda para despertar dolor, que aún así es menos vivo. Se produce gingivitis que obliga á suspender las fricciones. (Se han empleado unos 20 grs. de pomada.)

Abril 27.—La enferma dice que ayer sintió como si algo se le hubiera desprendido en el estómago, que sentía como deshecho, y que en las deposiciones había como grumos de pus mezclados con mucosidades; que lo mismo le parecía haber notado en una bocanada de mucosidades que le vino á la boca. La regurgitación ni era ácida, ni tenía olor: menos eructos, sin ardor. Estómago menos dolorido y con sensación como de una bola. Lengua menos saburral. Ayer una deposición con enema, hoy espontánea. El dolor en el tumor, á la presión, siendo ésta muy profunda, es muy poco pronunciado. La forma de los tumores, que ahora aparecen como unidos, es de una media luna de abertura inferior; son menos perceptibles, pero aún se limitan bien. El de la izquierda está bien en la línea media, su forma se aproxima á la rectangular, su límite inferior está 1 cm. por encima del ombligo, su longitud es de 3 cms. y su ancho de 2; se confirma la existencia de una depresión en su parte media. Se limita mal el tumor inmediato á la derecha, que está algo más arriba y parece unido á aquél; es siempre el que se nota menos y aunque hasta ahora era menos sensible, hoy es donde la enferma aqueja dolor á la presión; en cambio el de la línea media, que era el más sensible, ahora es casi indolente. El tercer tumor está bien aislado del anterior, casi al mismo nivel que el primero, siempre se nota bien, de forma redondeada y poco sensible; hoy se nota menos á la palpación. La palpación, cuando se prolonga, suministra datos precisos: la sensación que dan la tumorización y el resto de la pared, es bien distinta; los contornos de la tumorización se precisan bien; los cuatro parecen asentar sobre una sola tumorización ó placa del tamaño de la mitad de la palma de la mano. Es de advertir que siempre se ha precisado bien el asiento de los puntos dolorosos en los tumores ó nódulos.

Desde el 21 toma 4 grs. de IK por día, sin más inconveniente que el gusto metálico en la boca.

Abril 30.—La enferma animada y con mejor aspecto. Lengua más limpia; sin vómitos; una sola regurgitación; muy pocos eructos; sin dolor; sin sensación de bola gástrica; con deposiciones espontáneas diarias, de aspecto normal. Se modifica el aspecto de la tumorización: el nódulo izquierdo (línea media) más reducido y menos apreciable, algo sensible á la presión; el nódulo situado por encima y á la derecha, que era la parte superior del izquierdo, es el más sensible, el más apreciable á la palpacion, el más voluminoso, aunque se ha reducido y es el qué está más aislado; ahora es más ancho y es casi del mismo largo que el anterior, más prominente y más redondeado que aquél; es tan sensible como el día 27, pero está más aislado, aunque no por completo. Por fuera de este tumor, á la derecha y algo más abajo, pero no tanto como el de la izquierda, hay otro nódulo más perceptible, más sensible, redondeado también y mal limitado con relación al anterior. Parece que estos dos forman la masa mayor de los gomas. El cuarto tumor, bien aislado de los anteriores, insensible á la presión; conservando su forma redondeada, se va haciendo cada vez menos apreciable. La palpación prolongada llega á limitar perfectamente los tumores por sus contornos y fija bien

el dolor en la parte más prominente de cada uno, sobre todo en los dos centrales. La presión despierta dolor si es más profunda que antes. Sigue el mismo tratamiento: fricciones y IK. Cáscara sagrada para combatir el estreñimiento.

Mayo 2 de 1898.—Hoy tuvo dos ó tres regurgitaciones ácidas y dolor del epigastrio al dorso; nota en las deposiciones como grumos de pus ó moco-pus, persistiendo el estreñimiento, continúa la cáscara sagrada. Los gomas del estómago están perfectamente limitados á la izquierda por la línea paraumbilical izquierda y á la derecha se pierden debajo del reborde costal; á la derecha y arriba del nódulo izquierdo, sigue una superficie algo irregular, como si fuera una gruesa capa gomosa, algo ondulada y poco sensible. Este solo tumor bastaría para establecer el diagnóstico de la lesión, por lo característico que es. Se nota á la derecha de éste una placa que se dirige hacia arriba y se pierde debajo del reborde costal. No hay nada hepático.

Mayo 6 de 1898.—La enferma se manifiesta más tranquila; dice que puede estar sentada sin sentir dolor, ni notar molestia ni sensación de bola en el estómago.

El día 3 tuvo eructos más frecuentes con gusto á leche agria. El 5 varias bocanadas de mucosidades menos ácidas y abundantes que en los días anteriores; después muy pocas y con gusto á leche.

Mayo 9 de 1898.—El 6 y el 9 pocos eructos. La enferma, muy satisfecha, dice que si no fuera por los tumores se consideraría sana. El estado general mejora. No tiene acidez pero reaparece la sensación de bola en el estómago, sin dolor. Continúa la regresión de los gomas, que hoy presentan estos caracteres: menos dolor á la presión en el goma supraumbilical y en el grande de la derecha. Los que siguen á aquél llegan al apéndice xifoides, son indolentes y se notan menos. Ya no se encuentra la placa situada entre estos gomas y el grande de la derecha. Este, de igual forma se ha reducido á dos tercios de su tamaño y es sensible á la presión; ahora aparece separado del supraumbilical.

Se aumenta á 5 gramos diarios el yoduro de potasio.

Mayo 16 de 1898.—El estado general mejora. El apetito, que había desaparecido, renace. Lengua limpia. La enferma insiste en que las regurgitaciones contienen como pellejos y grumos de pus y que las deposiciones tienen mucosidades. Aqueja algún ardor de estómago; en otros días siente más acidez. Pasa algunos días sin regurgitaciones, pero tiene más eructos, sobre todo en las primeras horas de la noche. El tumor supraumbilical algo mayor, poco sensible á la presión y más redondeado. La cadena de gomas que le sigue (pequeños) es algo más evidente en la parte inferior, pero en la parte superior ha desaparecido. El tumor mayor, esférico, característico, ha desaparecido; en el punto en que se asentaba no se puede notar nada. En cambio en el sitio en que se encontraba la placa gomosa que se perdía bajo el reborde costal, hay otro tumor mayor que el anterior: es sensible á la presión, renitente, algo elástico, en el centro parece del tamaño de una pequeña naranja, no varía de asiento y se circunscribe bien hacia abajo y á la izquierda, pero no bien arriba y á la derecha; haciendo presión al nivel de este tumor se nota al principio un ruido de líquido, un glu-glu.

Mayo 21 de 1898.—El 18 indigestión; vómito de mucosidades muy espesas color chocolate y muy ácidas, parecidas á clara de huevo por su consistencia, se expulsaban á bocanadas y en grandes cantidades. Desde entonces mayor palidez y lengua saburral, pero no tuvo más vómitos, ni regurgitaciones, desapareciendo la saburra. No encuentra mucosidades en las deposiciones; no siente ardor ni acidez. Aunque pálida, de aspecto macilento, está animada y atiende bien los quehaceres de su casa. Tiene buen apetito. La exploración del abdomen se facilita hoy por su flacidez. No se encuentra más que un tumor único, cuya parte más prominente, dura, redondeada y sensible á la presión, asienta en el mismo sitio que ocupaba el tumor inmediato al ombligo. Este tumor se disloca fácilmente con los dedos y por los cambios de posición de la enferma: cuando está en decúbito dorsal, el asiento del tumor es el sitio

indicado si el estómago está vacío, pero si se efectúa la insuflación, el tumor se coloca más arriba y más cerca del reborde costal derecho. Los movimientos de dislocación no producen dolor, pero la presión sobre el punto más prominente lo determina en seguida. Con los dedos lo disloco hasta llevarlo al reborde costal derecho. La palpación precisa bien los contornos y detalles: la forma del tumor es característica, redondeada, con un núcleo central grande y duro, de forma esférica, aplastado en la periferia, prominente en el centro, casi puntiagudo; alrededor del núcleo hay una zona aplastada, cuyo límite no es perfectamente redondeado, pero sí preciso. Se limita bien á la palpación la superficie invadida por el goma, de la que está sana; la dimensión total de la tumorización es de unos 6 á 8 cms. de diámetro y la del nódulo central de 3 cms. cuando menos. Hacia arriba y á la derecha de este tumor parece notarse algún engrosamiento pastoso de la pared. Se eleva á 6 grs. diarios el IK.

Mayo 26.—Anteayer la enferma tuvo repetidas bocanadas, verdaderos vómitos de mucosidades claras con grumos de leche, eructos repetidos y continuados y acidez. La tumorización sigue en regresión.

Junio 17.—Viene por primera vez á mi consultorio. El estado general ha mejorado poco. Lengua algo saburral. No tolera bien sinó los alimentos líquidos y alguna que otra vez la carne asada. Regurgitaciones menos frecuentes, menos eructos, poca pirosis, sin vómitos. El último goma mencionado en el anterior reconocimiento es el único existente: ocupa el mismo sitio, es menos movible, más consistente, más sensible á la presión y á la palpación en el punto más prominente, más puntiagudo, reducido á la mitad del diámetro que tenía en el último reconocimiento, por la desaparición de la zona infiltrada que lo rodeaba. En la parte lateral derecha, cerca del reborde costal, se nota una pequeña induración poco apreciable, cuyo carácter no se precisa bien y que coincide con el asiento de un grueso tronco arterial que late con fuerza.

Después de esta visita la enferma abandonó el tratamiento. Un médico que la vió diagnosticó un cáncer; sin embargo, la enferma no volvió á tener vómitos hasta el 2 de octubre siguiente. Después de esto la enferma ya no podía alimentarse.

Se fué al campo el 17 de octubre y falleció en noviembre.

Estos datos me fueron suministrados por un amigo de la familia.

OBSERVACIÓN III

Goma é infiltración gomosa del píloro y tuberosidad menor

MARZO Á OCTUBRE DE 1905

F. M. F., italiano, 62 años, casado, cobrador, domiciliado en Montevideo hace 29 años.

Antecedentes: Hereditarios, sin importancia.

Personales: En su juventud tuvo varias afecciones venéreas. En 1898 tuvo una arteritis cerebral específica que le produjo un ataque apopletiforme con parálisis del lado izquierdo, pérdida de la memoria durante 40 días, mareos, etc., del que no quedó rastro después; se curó con fricciones de Hg. y IK. Padece hemorroides hace muchos años. Asmático desde 1900, curado con IK, desde 1903. Es robusto y grueso y gozaba de buen apetito.

Iniciación de la enfermedad.—En diciembre de 1904 perdió el apetito y sentía languidez de estómago, enflaqueciendo y palideciendo al mismo tiempo. En marzo de 1905, dice el enfermo que empezó á sentir trastornos gástricos, atribuídos por él á la desaparición del flujo sanguíneo hemorroidario que tenía con frecuencia y que cesó en enero último: aún cuando tenía apetito, no podía comer, porque en seguida sentía el estómago lleno y con dolores y sobrevenían ma-

reos, fenómenos que no se calmaban sino provocando el vómito. Esta falta de alimentación dió lugar á un enflaquecimiento pronunciado y al tinte pálido de un anémico. Algunos días el enfermo comía sin tener trastornos. En esa época una palpación detenida del abdomen no daba ninguna sensación que hiciera sospechar la presencia de una neoplasia ó de cualquier lesión localizada, que es lo que podía deducirse de los signos generales y del interrogatorio.

En abril de 1905 vómitos espontáneos.

En mayo ya la palidez y la demacración se pronunciaban con rapidez; la alimentación era líquida —leche, caldo, sopa, huevos, en poca cantidad. Estos alimentos los devolvía con frecuencia, porque los dolores y molestias que sentía sólo se calmaban con la evacuación del contenido del estómago.

En junio 20 el enfermo está desfigurado, no tanto por el enflaquecimiento, que es pronunciado, sino por la intensa palidez, muy parecida á la de los cloróticos; el dolor del estómago era del tipo de los hiperpépticos; estaba disneico, con mareos, con tal falta de fuerzas que no podía subir al tranvía y mucho menos las escaleras. En esta fecha la palpación del epigastrio permite apreciar una tumorización plana, una placa de superficie ligeramente desigual, no dura ni resistente, sino algo pastosa, ligeramente elásica. De forma irregular, aproximándose á la triangular, de ángulos redondeados, esa placa ocupa casi toda la mitad derecha de la región epigástrica: empieza á la izquierda á unos dos ó tres cms. del borde del apéndice xifoides, al nivel de la extremidad anterior de la octava costilla, sigue una línea oblicua hacia adentro y algo abajo y al nivel de la línea paraesternal derecha se hace más oblicua hacia abajo, redondeándose y se pierde debajo del reborde costal al nivel de las costillas novena y décima. Se limita esta tumorización por un reborde redondeado y por la sensación dolorosa que aqueja el enfermo cuando se comprimen esos puntos, sensación que no se produce comprimiendo inmediatamente por fuera del reborde. En la parte media de la placa una presión moderada también es dolorosa, sobre todo al nivel de la línea paraesternal y reborde costal, al lado de la octava costilla.

Al mismo tiempo que estos signos, se encuentra en la ingle derecha un ganglio infartado, grueso, algo irregular y renitente, con todos los caracteres de un ganglio terciario, indolente á la presión.

El aspecto del enfermo oscila entre el de un canceroso y el de un sifilítico; el tinte de la piel no es pajizo, sino pálido, parece haber un ligero cloasma; el dolor ni es continuado ni muy intenso y el vómito espontáneo falta; en cambio, la caquexia evoluciona con mucha rapidez, los caracteres del dolor, los de la placa neoplásica, lo mismo que los del ganglio inclinan el diagnóstico en favor del sifiloma.

Juzgándolo así, el 20 de junio sometí el enfermo á las fricciones mercuriales en todo el abdomen y al uso del IK, quietud en cama y régimen lácteo.

Junio 30.—El dolor del estómago cede, la tumefacción de la placa disminuye y ésta se limita con más facilidad; el enfermo tiene algunas deposiciones mucosas en las que, según dice, hay como porciones de maíz pisado.

En julio 10, intensa estomatitis con ptialismo obligan á suspender las fricciones.

En julio 24, desaparecidos los signos de la estomatitis, se somete á inyecciones intramusculares de biyoduro: el 24 0.33 mm., el 26 0.05 ctgs., el 28 0.05 y se aumenta la dosis de yoduro.

Con la primera inyección se producen vómitos espontáneos pasajeros, pero el dolor gástrico á la palpación, que había disminuído con las fricciones, no se exacerbó; en cambio cesan los eructos y un dolor que había en el vacío derecho. El tinte pálido parece menos intenso. Pocos días después (3.ª ó 4.ª inyección) se producen deposiciones que contienen muco-pus mezclados con grumos purulentos; el dolor del epigastrio aumenta y se producen vómitos espontáneos; al mismo tiempo el enfermo se adelgaza y palidece más, llegando á punto de no

poder estar sentado en la cama por los mareos y de no poder bajarse de ella por falta de fuerzas.

Agosto.—Sin embargo, se continúan las inyecciones, hasta que el enfermo se niega á seguirlas por los dolores locales, á mediados de mes.

Septiembre.—Después de un período de descanso, á principios de septiembre se vuelve á continuar con las fricciones y el IK á dosis crecientes; los vómitos desaparecen, iniciándose una mejoría de marcha lenta, como puede suponerse: renace el apetito, digiere algo mejor: desaparece casi por completo el dolor, siendo apreciable siempre á la palpación al nivel de la placa que se ha reducido en extensión y que aparece más consistente. El enflaquecimiento se detiene, el estado anémico cede, las fuerzas renacen y el enfermo, que permanecía acostado en estado de somnolencia durante horas, se anima, se va reponiendo y empieza á alimentarse mejor.

En la segunda quincena de septiembre digiere mejor, y la alimentación puede hacerse semi sólida, leche, sopa de tapioca, pescado, papas, zapallo.

Octubre.—El 12 del corriente el enfermo ha recobrado fuerzas y puede dejar la cama y estar sentado en un sillón y quiere abandonar el tratamiento. Los primeros días no podía sostenerse en pie, pero prolongaba cada día más su estadía en el sillón. A mediados de octubre reanuda el tratamiento Fricciones y IK. A fines de octubre ya puede dar algunos pasos solo.

Noviembre.—El enflaquecimiento y la palidez disminuyen, el apetito aumenta, tolera mejor el tratamiento, siente menos dolor á la presión en la mitad derecha del epigastrio, digiere mejor. El enfermo camina por la habitación. A pesar de esto se resiste á seguir el tratamiento y es lo más probable que lo deja algunos días.

Diciembre.—El enfermo continúa reponiéndose, la tumefacción es poco perceptible, mucho más limitada en su extensión y poco sensible. Sale á la calle y camina unos trescientos metros; ha desaparecido el infarto ganglionar de la ingle derecha.

No queriendo continuar el tratamiento, á pesar de la mejoría, el enfermo pasa á ser asistido por un médico homeópata.

Falleció el 20 de enero de 1906, diagnosticado por el médico que lo asistió, como *carcinoma gástrico*.

OBSERVACIÓN IV

Placas de infiltración gomosa del estómago y miositis gomosa del músculo recto derecho

JUNIO DE 1905 Á MARZO DE 1907

E. E., uruguayo, soltero, jornalero, 25 años.

Antecedentes de familia.—No tienen relación con la afección.

Antecedentes patológicos.—El enfermo dice que ha tenido múltiples afecciones venéreas, pero no presenta rastros de manifestaciones sifilíticas. Hace tres años que sufre frecuentes cefaleas.

En diciembre de 1904 chancro indurado papuloso en el surco.

En febrero 16 de 1905 ingresa en la Sala Bienhechores con el chancro aún ulcerado, adenitis inguinal derecha supurada, poliadenopatía generalizada, sifílide pápulo-granulosa, pequeñas pápulas en las paredes del tórax. Sometido al tratamiento, después de dos inyecciones de 0.10 ctgrs. de biyoduro de mercurio (días 17 y 21) el chancro está cicatrizado, formando una pápula excavada; la adenitis, evacuada espontáneamente, tiende á cicatrizar y el enfer-

mo pasa el 21 á la consulta externa, donde sigue el tratamiento con licor de Van Swieten. Siguió este tratamiento durante el mes de marzo, abandonándolo después por completo.

En junio del mismo año se inicia un dolor en el epigastrio, dolor que fué aumentando progresivamente, siendo intenso al cabo de un mes. Esto motivó su reingreso en la Sala Bienhechores el 30 de octubre.

El estado general del enfermo se caracteriza por alguna palidez y demacración. Los ganglios inguinales algo aumentados. El dolor se extiende á toda la región epigástrica, pero es más intenso, sobre todo á la presión, en la parte media, por debajo del apéndice xifoides y en el límite izquierdo al nivel del reborde costal. Este dolor se exacerba en la tarde y sobre todo en la noche, llegando á su máximum á las 10 p. m.; desde esta hora se calma y le deja dormir. La disminución se produce aunque el enfermo continúe despierto. En el día el dolor se calma cuando el enfermo toma algún alimento. Con el dolor se producen náuseas y regurgitaciones de agua agria, más frecuentes en los últimos cinco días.

A la palpación no se encuentra una tumorización evidente, pero parece que en el centro de la región epigástrica se nota una pequeña zona algo más resistente y hasta una ligera elevación.

Se ordena agua cloroformada para ingestión y una inyección de 0.10 ctgs. de biyoduro de mercurio cada cuatro días.

Noviembre 2 de 1905.—La primera inyección aumentó el dolor y produjo vómitos. Se prescriben 2.50 grs. de IK por día.

Noviembre 4.—El dolor del epigastrio ha cedido, pero el enfermo aqueja sensación de peso y como cansancio en el epigastrio; dice que tiene dificultad para tragar la carne, disfagia, dolor gingival y cefaleas poco intensas. No tiene vómitos, pero continúan las regurgitaciones. El dolor á la presión en el centro de la región epigástrica ha disminuído, pero persiste intenso en la mitad izquierda.

El día 5, 2.a inyección de 10 ctgs. de biyoduro.

Noviembre 7.—El estado general igual. No tiene vómitos ni regurgitaciones. Cuando toma alimentos tiene náuseas. El dolor ha cedido notablemente, lo mismo el espontáneo que el que despierta la presión; cuando ésta es profunda, sólo aqueja dolor al nivel del píloro. En el centro de la región epigástrica y sobre la tuberosidad mayor no hay dolor ni aún á la presión profunda. Los ganglios inguinales son de menor volumen que cuando ingresó. Aqueja alguna cefalea, probablemente yódica. Se eleva la dosis de IK á 5 gramos diarios.

Noviembre 11.—El estado general ha mejorado algo. Los vómitos y las regurgitaciones han desaparecido por completo. El dolor al nivel del píloro ha disminuído. Hay un punto doloroso á la presión profunda entre el ombligo y el apéndice xifoides. El dolor del hipocondrio izquierdo no reapareció. El enfermo pasa á la consulta externa.

Noviembre 15.—Concurre á la consulta externa; está más pálido y demacrado y aqueja mayor dolor. Inyección de 5 ctgs. de biyoduro. Continúa IK.

Noviembre 25.—Sin dolor ni otra manifestación local. Anémico y demacrado. Sigue con una inyección de 0 10 ctgs. cada cinco días hasta mediados de diciembre y después no se presenta más.

Noviembre 12.—Desde enero de 1906 no siguió ningún tratamiento y trabajó siempre como estibador á bordo. El 9 ó 10 de este mes se iniciaron nuevamente los dolores, por lo que concurre hoy á la consulta.

No está demacrado, su color es normal. No tiene vómitos ni regurgitaciones; buen apetito, deposiciones normales y regulares Aqueja dolor en el epigastrio. A la palpación se encuentran en la región cuatro puntos en los cuales hay dolor espontáneo que se exacerba por la presión: dos asientan al nivel del músculo recto derecho; uno en el límite de la región epigástrica y la umbilical, ocupa una extensión superficial de cuatro cms. aproximadamente

por cada lado, forma una ligera elevación algo redondeada que sólo se aprecia por la palpación y que se limita bien por el dolor que produce la presión y por el reborde que forma; el otro está situado á unos cuatro cms. más arriba; al nivel de él se nota una elevación más redondeada que la anterior, de unos dos cms. de diámetro y que como aquélla se limita bien, palpando, por el dolor y la elevación. Los otros dos se encuentran en la línea media del epigastrio: uno á dos cms. por debajo del vértice del apéndice xifoides, sin que en él se pueda descubrir ninguna tumefacción por la palpación; el otro á unos diez cms. por debajo, casi en el límite de la región, es algo más extenso, se descubre por una palpación más profunda y se limita con poca precisión Estas dos últimas localizaciones coinciden con las que presentaba cuando estuvo en la sala del Hospital y corresponden indudablemente á la pared del estómago, así como las anteriores son del músculo recto. Se le da una inyección de 0.10 ctgrs. de biyoduro.

Noviembre 16.—El 13 tuvo dolor más intenso y algunas náuseas.

El 14 los dolores han disminuído. Empieza á tomar grs. 2.50 de IK por día. Hoy 2.ª inyección, como siempre, en la mañana.

Noviembre 19.—El 16 aumentó el dolor, pero desaparece desde el 17; en cambio aqueja sensación de peso en el epigastrio. No hay dolor á la presión. Come bien y no siente ninguna molestia después de comer (3.ª inyección).

Noviembre 23.—Estado general bueno. Se alimenta bien sin ningún trastorno gástrico; algún estreñimiento El dolor espontáneo ha desaparecido por completo, aquejando sólo la sensación de peso epigástrico. El dolor á la palpación al nivel del músculo recto ha desaparecido, pero se encuentra alguna tumefacción de consistencia algo elástica. El de la parte inferior de la región epigástrica ha desaparecido, no encontrándose ninguna tumefacción. En cambio se produce dolor por la presión algo profunda en la línea media, á dos cms. por debajo del apéndice xifoides, en una pequeña superficie como de dos cms. de diámetro y en ese mismo punto parece notarse una tumefacción; el dolor que despierta esa presión es agudo (4.ª inyección).

Diciembre 7.—El enfermo dice que siente mucha debilidad, como una sensación de vacío en la región epigástrica, que no se calma comiendo; algunas veces siente repugnancia por la comida. No tiene dolor espontáneo. La palpación es indolente. En la extremidad superior del músculo recto derecho se encuentra éste algo más grueso y más consistente que en la región homóloga del lado opuesto, pero la diferencia es muy poca. La presión despierta un ligero dolor en ese punto, sobre el borde interno del músculo. En el resto de la región epigástrica no se descubre ninguna tumefacción, ni se despierta ningún dolor aunque la presión sea muy profunda. (7.ª inyección de diez centigramos).

Marzo 18 de 1907.—Desde diciembre 7 de 1906 no siguió ningún tratamiento y estuvo trabajando. Hoy se presenta en la consulta externa.

Examinado el enfermo detenidamente no se encuentra ningún rastro de las lesiones que presentó y él dice que no ha tenido dolor ni molestias. Hoy 1.ª inyección de 0.10 centigramos de biyoduro.

Marzo 22.—Del 18 al 20 tuvo fenómenos de reacción gástrica: vómitos, regurgitaciones y algún dolor, los que desaparecieron después por completo. Continúan las inyecciones.

Después el enfermo no ha vuelto á presentarse; pero por declaraciones de otro enfermo, consta que ha seguido trabajando, sin haber aquejado ninguna manifestación gástrica.

OBSERVACIÓN V

Tumores gomosos del píloro

NOVIEMBRE DE 1906 Á MARZO DE 1908

I. R., uruguayo, 24 años, soltero, jornalero.

Antecedentes hereditarios.—Sin importancia.

Antecedentes patolójicos.—A fines de 1903, siendo soldado de infantería, tuvo varias ulceraciones genitales. Durante la campaña de 1904 (soldado del 2.º de Cazadores) tuvo manifestaciones de sífilis secundaria que motivaron su ingreso en el Hospital Militar en agosto 20.

Al ingresar presentaba placas mucosas de la boca y de las fauces, artralgias y parálisis facial izquierda; las primeras manifestaciones cedieron rápidamente con las inyecciones intramusculares de biyoduro Hg (0.10 centigramos cada cuatro días) quedando sólo la parálisis, mejorada. En octubre 22 pasó á continuar su asistencia en la consulta externa del Hospital de Caridad. Después de varias series de inyecciones y del tratamiento eléctrico, la parálisis se curó casi por completo á mediados de 1905.

AFECCIÓN ACTUAL.—*Antecedentes:* En diciembre de 1906 vuelve á presentarse el enfermo en la consulta externa y refiere lo siguiente: Desde el mes de agosto de este año, estando trabajando en la construcción de una vía férrea, empezó á sentir dolores de estómago y después de comer se encontraba muy molestado por la sensación de plenitud gástrica; de mañana al levantarse, sentía malestar de estómago, con náuseas, sin llegar á tener vómitos. Se alivió algo con una poción que le prescribió un médico de la localidad, pero, sintiéndose después más molestado, teniendo dolores de vientre y de estómago, con alternativas de diarrea y de estreñimiento, se decidió venir á Montevideo.

Estado actual.—Diciembre de 1906. Al presentarse en la consulta aquejaba dolor de estómago de mañana al levantarse de la cama y después de cada comida, con regurgitaciones frecuentes, pero sin vómitos. Está algo demacrado y pálido; dice que sus sufrimientos no lo dejan alimentarse, ni le permiten trabajar. Tiene buen apetito, pero no come lo bastante por el malestar que le produce la comida.

Examinado el enfermo, aqueja dolor moderado, á la presión en todo el epigastrio, pero más intenso en la proximidad del píloro, donde no puede encontrarse tumorización perceptible; la exploración no puede ser muy profunda por el dolor que provoca. Además, se descubre un dolor agudo á la presión en la cara anterior de las vértebras lumbares 3.ª y 4.ª, dolor que provoca arcadas. En esos puntos se encuentra un engrosamiento que no se puede limitar bien, pero que se localiza perfectamente en la cara anterior de las vértebras. El enfermo dice que el dolor que despierta la presión ahí, es el mismo que él siente espontáneamente en el vientre. Es indudable que se trata de un foco de periostitis.

Sometido el enfermo á las inyecciones Hg (0.10 ctgrs.) cada cuatro días, las dos primeras produjeron fenómenos de reacción local algo intensos: exacerbación de los dolores y náuseas que cedían pronto.

En febrero de 1907, encontrándose aliviado después de 15 inyecciones, abandonó el tratamiento.

Mayo 26 de 1907.—El enfermo vuelve á presentarse en la consulta con los mismos síntomas, pero menos intensos. Se somete á otra serie de inyecciones. La primera produce fenómenos de reacción gástrica intensa, aumento del dolor, náuseas y vómitos. A principios de julio, sintiéndose aliviado, no vuelve á presentarse en la consulta.

Agosto 7.—Reaparece el enfermo, aquejando menos sufrimientos; pero como le molestan aún y teme empeorarse, viene á continuar el tratamiento.

Examinado detenidamente, se encuentra: en el epigastrio, por debajo y por dentro del reborde costal derecho, en la línea mamaria y á inmediaciones del píloro, la palpación descubre una como brida cicatricial, ancha, asiforme, en cuyo punto el enfermo aqueja dolor bien localizado á la presión; por arriba del anterior y algo por dentro del reborde se palpa un tumor redondeado, algo ovalado y aplanado, de consistencia blanda, del tamaño de un huevo de paloma, donde el dolor es menos intenso; parece que asentara por arriba y algo por dentro del píloro; algo más adentro y por debajo del anterior, hay otro tumor apenas perceptible que puede ser del tamaño de una avellana, donde el dolor es más intenso que en el anterior, pero menos que en el primero. Siempre se encuentra el dolor bastante agudo á la presión en la cara anterior de las vértebras lumbares; es menos agudo que antes y el engrosamiento es menos pronunciado.

Siguen las inyecciones durante tres meses y después desaparece.

Febrero 24 de 1908.—El enfermo ingresa en la Sala Bienhechores del Hospital de Caridad porque tiene dolores de vientre y se encuentra mal. Durante su asistencia en la consulta externa y después, trabajó siempre como estibador en los transatlánticos.

No tiene vómitos, ni otros fenómenos gástricos, á no ser alguna sensación de plenitud. Una exploración detenida del abdomen demuestra que en el epigastrio no existe ninguna tumorización, ni se descubre ningún punto doloroso espontáneo ni á la presión. Se encuentra un dolor mucho menos intenso y un engrosamiento mucho menor que antes en las vértebras lumbares.

La afección que motivó su ingreso, es una colitis seguida de apendicitis que motivó su traslado á un servicio de cirugía, donde fué operado.

Es bien evidente la curación de esta lesión gástrica con el tratamiento específico solamente.

OBSERVACIÓN VI

Gastritis crónica.—Goma perióstico de la fosa ilíaca izquierda

FEBRERO DE 1907 Á MAYO DE 1908

R. B., español, soltero, 24 años, dependiente de almacén; poca estatura; demacrado.

Antecedentes de familia.—Sin importancia.

Antecedentes patológicos.—En 1898 ó 99 una afección febril de origen gástrico (?) que duró dos meses. En 1903 apendicitis (?).

En 1899 chancro fagedénico del prepucio que lo destruyó por completo. Siguió tratamiento poco tiempo y tuvo ulceraciones en las fauces. Hace 4 ó 6 años cefaleas repetidas con exacerbación vespertina, que duraban 2 ó 3 días. Dice que no ha tenido dolores reumatoideos ni manifestaciones cutáneas.

En agosto de 1906 cefalalgia, disfagia, dolor de garganta, malestar general. En septiembre plenitud gástrica, regurgitaciones, pirosis; ésta se hace intensa en los meses sucesivos y el enfermo se adelgaza: en septiembre de 1906 pesaba 58 1/2 kgs. y en enero de 1907 52 1/4.

En este tiempo consultó con varios médicos y siguió variados tratamientos, sin obtener resultados.

Estado actual.—En febrero 4 de 1907 viene á consultarme; está bastante demacrado, su color es cetrino; tiene el aspecto de un individuo abatido. Su trabajo es bastante pesado, sobre todo porque se prolonga todo el día y hasta altas horas de la noche.

Aparatos circulatorio, respiratorio y génito-urinario normales.

Aparato digestivo.—Lengua saburral, cubierta de una gruesa capa blanquecina, mayor en la mitad posterior Es y era estreñido, aqueja sensación de plenitud gástrica y sobre todo ardor intenso en el estómago y en el esófago después de las comidas, que es lo que más hace sufrir al enfermo. Cuando el dolor llega á ser muy intenso, siente que lo atraviesa del epigastrio al dorso y que se extiende también á las paredes costales. Este ardor tiene la particularidad de presentarse de noche aunque el enfermo no coma; de mañana se levanta bien, pero á las 8 ó 9 a. m., aunque no haya tomado alimento, empieza el ardor que va aumentando progresivamente; en algunos momentos del día se calma. Hace 5 ó 6 días que siente como un tropiezo en el cardias al tragar sopa ó huevos. No ha tenido vómitos pero tiene regurgitaciones. La presión en el epigastrio despierta poco dolor.

Sometido previamente á un régimen dietético conveniente y al uso de alcalinos y de sulfato de soda, de mañana, las manifestaciones gástricas no sufren modificación.

Febrero 14 de 1907.—En vista de la ineficacia de los tratamientos seguidos hasta ahora y teniendo en cuenta la exacerbación vespertina, aunque no sea bien definida y característica, examino detenidamente el enfermo y encuentro :

En el centro del epigastrio dolor vago, poco intenso á la presión, sin localización precisa; sonoridad gástrica hasta el nivel del ombligo y los rebordes costales.

En la fosa ilíaca izquierda, por detrás de la espina ilíaca antero - inferior, se encuentra una eminencia fija en la pared ósea, inmóvil, redondeada, algo irregular, muy sensible á la presión, que se limita perfectamente, siendo su base de implantación de unos tres cms. á cuatro de diámetro y su elevación de unos 2 1/2 cms. La presión alrededor de esta eminencia no despierta ningún dolor; pero desde que se llega al límite marcado por un ligero reborde, empieza á aquejar dolor que se hace tanto más agudo cuanto más se avanza al punto culminante del tumor. El enfermo ignoraba la presencia de esta lesión, pues no tenía dolor espontáneo, ni lo había sentido hasta ahora.

Presenta ganglios inguinales, cervicales, axilares y epitróclео izquierdo, de mediano tamaño, elásticos, algo pastosos.

Dada la rebeldía de la afección y los signos comprobados en este examen, decido al enfermo á someterse á un tratamiento específico, empezando por fricciones mercuriales en la pared abdominal, prescribiendo al mismo tiempo la ingestión de 2 grs. de IK, por día.

Curso de la enfermedad —Febrero 25 de 1907.—El aspecto del enfermo es mejor, menos palidez. No aqueja cefalalgia ni lumbago. La lengua menos saburral, la diferencia es notable. Ha tenido pocas regurgitaciones. Desde el 20 no siente dolor de estómago ni tropiezo para tragar. Persiste el estreñimiento. Menos ardor, aunque ayer y hoy no tomó sulfato de soda; el ardor sólo aparece á las dos horas de haber comido. El enfermo nota que si toma la poción de IK cuando tiene ardor, éste se calma: « como si tomara algo que apagara el fuego que tengo en el estómago », es su frase; tomando una cucharada á las 10 a. m. el ardor no aparece hasta las 3 p. m. No siente plenitud gátrica; siente como si tuviera el estómago lleno de agua. No ha variado su alimentación. La exploración deja ver en el abdomen: menos extensión en la sonoridad de estómago y desaparición del dolor en todo el epigastrio. Los ganglios inguinales, axilares y cervicales más pequeños. El dolor en la cara interna del ilíaco (tumor) bien localizado, más limitado, menos intenso. La eminencia más pequeña, apenas apreciable por la falta de elevación, poco perceptible; se caracteriza más bien por el dolor que por la elevación. Es una diferencia que impresiona.

Sigue las fricciones y IK 3 grs. por día.

Marzo 2.—Facies mejor. Lengua menos saburral. El estreñimiento persiste y es lo que más le preocupa y molesta, llegando á producirle meteorismo intestinal y cefalalgia que desaparecen con un purgante. Tiene eructos y regurgitaciones, pero no tiene náuseas ni vómi-

tos. No han reaparecido los dolores ni el tropiezo para tragar. Sólo anteayer tuvo ardor, á pesar de no haber tomado IK, ni ningún otro medicamento. Menos sensación de plenitud, lo que atribuye á la disminución de alimentos.

El borde inferior del estómago está á unos 4 cms. por arriba de la horizontal del ombligo. Ha desaparecido el tumor de la cara interna del ilíaco. La presión profunda despierta dolor que no es agudo.

Se eleva á 4 grs. el IK y ordeno píldoras purgantes.

Marzo 14.—Mejor aspecto, menos demacrado, tinte pálido-amarillento menos intenso, algo rosado. El día 12 pesaba 52 kilogs. 800 grs. El enfermo dice que se siente mucho mejor.

La lengua más limpia; sin eructos, sin estreñimiento ni ardor. En la mañana tiene una sensación penosa de vacuidad en el estómago y en la tarde suele tener alguna sensación de peso que dura poco y produce náuseas, ó dura una hora y media y da lugar á regurgitaciones acuosas sin acidez.

Se aumenta IK á 5 grs. diarios.

Abril 17.—Mejor color y menos demacrado; pesa 53 1/2 kilogs. Sólo alguno que otro día tiene sensación de plenitud de tarde, escasos eructos; no tuvo sensación de vacuidad, ni regurgitaciones. Pasa dos y tres días sin ardor; cuando lo tiene aumenta de tarde.

Mayo 22.—Pesa 52 kilogs. 600 grs. Estado igual. El ardor aparece todos los días. Se sustituyen las fricciones por inyecciones intramusculares de biyoduro Hg. Hoy 1.ª inyección de 5 centigramos. Se suspende el IK.

Mayo 27.—El efecto de la inyección es evidente: el ardor no reapareció; en cambio aqueja sensación de plenitud, de peso, de bola en el epigastrio. 2.ª inyección de 0.10 centigramos de yoduro.

Junio 4.—Ha tenido ardor sin tener mejoría. 3.ª inyección de 10 ctgrs.

Junio 11.—Al día siguiente de la inyección (día 5) exacerbación extraordinaría del ardor y náuseas y algunas deposiciones diarreicas; después mejoría, ardor menos intenso y menos frecuente. La disminución del ardor es notable y evidente según el enfermo. Las inyecciones son dolorosas. 4.ª inyección de 10 ctgrs.

Junio 18.—Pesa 50 1/2 kilogs.; muy demacrado, al día siguiente de la inyección aumentó el ardor, náuseas, escalofríos, sudores. El ardor es poco intenso; tiene sensación de plenitud gástrica. No tiene ardor de mañana ni sufre después de las comidas. Tiene náuseas y está estreñido. 5.ª inyección, 0.10 ctgrs.

Junio 25.—Pesa 52 kilogs. Mejor apetito. Al día siguiente de la 5.ª inyección sensación de ardor, único día que lo tuvo, pero menos intensa que en las inyecciones anteriores. Lengua menos saburral. Deposiciones diarias con una sola píldora purgante. Cuando come, á medio día y á la noche, siente el estómago dolorido y como lleno. Estas molestias desaparecen á las dos ó tres horas, tomando una copa de leche. La última inyección poco dolorosa. Hoy 6.ª inyección de 10 ctgrs.

Julio 2.—Pesa 51 kilogs. 250 grs. Pasó la semana molestado, con ardor y dos días con deposiciones diarreicas. Aqueja dolor en la mitad derecha del epigastrio. Sobre todo al nivel del píloro. 7.ª inyección, 0.10 ctgrs.

Julio 9.—Pesa 51 kilogs. 800 grs. A las 24 horas de la inyección, dolor de estómago; el resto de la semana sin dolor, ni ardor. 8.ª inyección de 0.10 ctgrs.

Julio 16.—Pesa 51 kilogs. 600 grs. A las 48 horas de la inyección punzadas del epigastrio al dorso; duraron todo el día, siendo más intensas á las 8 a. m. y de tarde. El resto de la semana bien; sólo el 14 tuvo ardor de estómago por haber comido carne, la que también aumenta el estreñimiento. 9.ª inyección de 5 ctgrs.

Julio 23.—Pesa 52 kilogs. A las 24 horas de la inyección poco ardor. A las 48 horas dolor antero-posterior. Sensación de plenitud gástrica después de las comidas. 10.ª inyección de 10 ctgrs.

Julio 30.—Pesa 51 1/2 kilogs. El día de la inyección mucho ardor y una puntada sobre el vacío izquierdo. En la tuberosidad mayor del estómago, hacia abajo y afuera, la palpación descubre una tumorización indefinida, mal percibida, en la que la presión y la exploración provocan dolor. Tiene deposiciones diarias. Buen apetito. Mucha sed.

Se prescribe IK, 3 grs. diarios. 11.ª inyección de 10 ctgrs.

Agosto 6.—Pesa 51 kilogs. 300 grs. Con ardor casi toda la semana. Después de tres días sin deposiciones, tuvo cuatro diarreicas seguidas. Hace cuatro días que tiene dolores en las paredes del tórax, sobre todo en el lado izquierdo. Casi todos los días tuvo cefaleas y disfagia. Sin embargo, parece menos demacrado y menos pálido. Tiene menos sed. Ayer y anteayer sudores y escalofríos. 12.ª inyección de 10 ctgrs.

Agosto 13—Pesa 51 kilogs. 800 grs. Sin ardor ni dolor en toda la semana. Algún estreñimiento, algunas cefaleas vespertinas. Buen apetito. Sin plenitud gástrica. Dolor, como peso, al nivel del ciego. 13.ª inyección de 10 ctgrs. 4 grs. de IK diarios.

Agosto 20—Ardor fuerte en los dos días siguientes á la inyección; en los demás días moderado. Regurgitaciones. Deposiciones diarreicas. 14.ª inyección de 0.075 mgrs.

Agosto 27.—Pesa 51 kilogs. 800 grs. El 20 indigestión, seguida de dolores y diarrea. Poco ardor, sólo dos días. No tiene sensación de plenitud. 15.ª inyección de 0.075 mgrs.

Septiembre 3.—Pesa 51 kilogs. 600 grs. Poco ardor á los dos días de la inyección. Persiste el estreñimiento. 16.ª inyección de 0.075 mgrs.

Septiembre 10.—Pesa 51 kilogs. 800 grs. A las 24 horas de la inyección, ardor que duró 24 horas, desapareciendo después. Sensación de plenitud y dilatación gástrica. Parece más demacrado y amarillento. 17.ª inyección de 0.075 mgrs.

Septiembre 24.—Pesa 51 kilogs. 250 grs. Desde el 10 al 17 pasó bien. El 19 deposiciones diarreicas; después estreñimiento, con mucho ardor y cefaleas. Siente mucha molestia después que come. Es evidente que la supresión de la inyección aumenta los fenómenos gástricos. 18.ª inyección de 0.08 centigrs. Se aumenta el yoduro á 8 gramos diarios.

Octubre 1.º—Pesa 50 kilogs. 600 grs. El 24, después de la inyección, dolores de vientre, diarrea intensa, disuria. Los dolores de vientre continuaron toda la semana. Las deposiciones y la micción se regularizaron pronto. Muy poco dolor y ardor de estómago, sin sensación de dilatación gástrica. 19.ª inyección de 0.05 centigrs.

Octubre 8.—Pesa 51 kilogs. 200 grs. Poco ardor esta semana; sin cefaleas. 20.ª inyección de 0.05 centigrs.

Octubre 15.—Pesa 50 1/2 kilogs. Más demacrado y amarillento. Desde el 11 ardor continuado con sensación de plenitud. Meteorismo intestinal y deposiciones blandas y repetidas durante el día. Lengua blanquecina. 21.ª inyección de 0 08 centigs.

Octubre 22.—Pesa 50 kilogs. 600 grs. Bastante ardor, sobre todo después de las comidas. Sensación de plenitud y dolor de estómago. Dolor vago á la presión al nivel del apéndice xifoides. 22.ª inyección de 0.07 centigs.

Octubre 29.—Pesa 50 1/2 kilogs. Más demacrado. Pasó mejor la semana, sin dolor, con poco ardor, menos que la semana anterior. Sensación de plenitud, estreñimiento 23.ª inyección de 0.08 centigs.

Noviembre 5 de 1907.—Estomatitis con ulceración de la cara inferior de la lengua, No tuvo ardor. Una hora después de comer, dolor como peso en el estómago que dura una ó dos horas; es como un bulto, dice el enfermo. Colitis mucosa. Se suspende el tratamiento específico. Colutorios de agua oxigenada.

Noviembre 26.—Pesa 53 3/4 kilogs.—El ardor sólo lo siente cuando come sustancias grasas. Algunos días tiene plenitud gástrica.

Diciembre 11.—Pesa 51 kilogs. Buen apetito. Menos amarillento. El ardor sólo se produce cuando come sustancias grasas. A veces siente plenitud gástrica.

Enero 7 de 1908.—Pesa 53 kilogs. 600 grs. Algunos días después de comer, sensación gástrica y cefaleas. El ardor suele sentirlo antes y después de comer. Cuando toma leche ó sopas y come solo verduras, no sufre nada.

Enero 10.—Sin novedad. Hoy 24.ª inyección de 0.035 mgrs.

Enero 15.—Pesa 53 1/2 kilogs. Su aspecto igual. Color amarillo terroso de la cara. Tuvo poco dolor de estómago 24 horas después de la inyección, el que duró poco tiempo. Prescribo glícerofosfatos. 25.ª inyección de 0.05 centigs.

Enero 21.—Facies mejor. La última inyección produjo quebrantamiento general. No siente peso después de comer, pero las obleas de glícerofosfato le producen una sensación de calor que desaparece tomando agua ó leche. Sin ardor. Una sola deposición diaria. 26.ª inyección de 0.05 centigs.

Enero 28.—Pesa 53 kilogs. 800 grs. Buen apetito, sin molestias de estómago. Algo estreñido. 27.ª inyección de 0.05 centigs.

Marzo 6.—Pesa 52 1/2 kilogs. A la hora de la inyección ardor, con vómitos después de la comida, quebrantamiento general y dolores erráticos. Siente más la plenitud gástrica. Eructa después de la comida. Conserva buen apetito. Persiste el estreñimiento. Se suspende el tratamiento específico.

Abril 1.°—Pesa 52 kilogs. 200 grs. Tiene ardor tanto al tomar el alimento como IK, una hora después de cada comida y dura media hora. Hasta ahora tomaba unos 6 gramos de IK por día; desde que lo suspendió hace días, se siente menos molestado. No tiene plenitud gástrica ni eructos. Persiste el estreñimiento. Buen apetito.

Se suspende todo tratamiento específico.

Mayo 4.—Pesa 52 kilogs. 500 grs. Demacrado y pálido. Sin ardor. Se le hincha el estómago después de comer y tiene eructos y regurgitaciones, que habían desaparecido. Estreñimiento más pronunciado. Lengua saburral.

Junio 13.—Aspecto igual. Mucho apetito. No siente ardor sino cuando come carne ó fritos. Estreñido. Regurgitaciones frecuentes, á veces agrias, una hora ó dos después de comer, á veces al cuarto de hora, precedidas de sensación de líquido frío en el estómago. Sensación de plenitud á las dos horas de la comida, seguida de eructos. Cefalalgia casi todas las tardes.

Al nivel del píloro se encuentra una pequeña dureza del tamaño de una avellana mediana como un tumor profundo, redondeado, perdido en medio de los tejidos; en ese punto el enfermo siente dolor perfectamente limitado por la presión. Probablemente es un goma.

En el punto donde estaba el goma perióstico del ilíaco se despierta dolor por la presión. Hay ganglios inguinales.

El enfermo no volvió á seguir tratamiento específico desde enero.

OBSERVACIÓN VII

Goma de la mitad derecha del estómago

FEBRERO 12 Á MAYO 20 DE 1908

J. M.—Italiano, 68 años, viudo, labrador.—Vino de Italia hace 39 años. Reside en Rivera (frontera del Brasil).

Antecedentes hereditarios.—Padres sanos.

Antecedentes personales y de familia.—Fué militar en Italia de 20 á 28 años. En ese tiempo no tuvo ninguna afección venérea. Es viudo desde 1873. La señora siempre fué sana y no tuvo abortos. Tuvo 14 hijos, de los cuales sólo vive uno, el último, de 26 años de edad, que

es sano. Los trece primeros hijos fallecían á la edad de 8 ó 9 meses; según el enfermo, morían con quejidos y como si tuvieran debilidad.

A los dos años de fallecer la señora (1875) residiendo en Buenos Aires, contrajo un chancro en el glande sin que después haya tenido ninguna manifestación. Siempre gozó de buena salud (?)

Iniciación de la enfermedad actual.—El 1.° de febrero de 1908, estando en el trabajo sintió de improviso una puntada en la boca del estómago, á las 8 a. m., habiendo tomado su desayuno (café) á las 7 a. m., sin que hubiera comido nada que le hubiera podido producir este dolor. En ese día sólo tomó algunas tisanas, pero al día siguiente tomó leche y la devolvió coagulada; con este vómito el dolor cedió un poco, algo más al día siguiente, pero reapareció después para continuar hasta ahora. El dolor no se exacerbaba ni se exacerba tomando leche, pero en cambio á la caída de la tarde, á eso de las 5 p. m., el dolor aumenta y persiste con intensidad durante toda la noche, no dejándole dormir y produciéndole algún vómito de agua verdosa. Este vómito se producía en las últimas horas de día, poco después de aumentar el dolor, era único y le proporcionaba algún alivio, dejándole dormir algunas horas; no se reproducía en toda la noche, aunque el enfermo tomara leche.

A las 6 ó 7 a. m. el dolor se aliviaba, prolongándose esta remisión hasta las 8 ó 9 a. m. El dolor que aqueja el enfermo es como si le cortaran el estómago al través, así lo señala con la mano. Desde el primer día tiene eructos, á veces con ardor y otras con regurgitaciones agrias. Siente como si tuviera un peso grande en el estómago.

Antes de enfermarse las deposiciones eran diarias, pero después que se inició el dolor está estreñido. Desde el 1.° al 12 de este mes tuvo una sola deposición y desde que está en el Hospital (12 de tarde), tuvo otra deposición escasa, como escíbalos.

Ingresó en el Hospital de Caridad el 12, y fué desechado y trasladado de un servicio de cirugía por inoperable.

Aspecto del enfermo.—Alto, bien constituído, con un aspecto que corresponde á una edad menor que la que declara, sin demacración, facies rosada, más de lo común, nunca ha sido alcoholista; su panículo adiposo no denuncia un grado de nutrición deficiente. No presenta signos de arterioesclerosis. Antes comía y dormía bien, sin sentir la menor molestia.

Examen del enfermo.—En el surco balano-prepucial presenta dos placas mucosas erosivas. En la piel de las piernas presenta manchas cicatriciales cobrizas, rastro de una erupción eczematiforme antigua. En el borde anterior de la tibia derecha, desigualdades características por pequeños exóstosis y engrosamiento por periostitis específica. En la ingle derecha nueve ganglios, los más externos algo irregulares, ovalados en su mayor parte, casi todos indolentes; los tres más internos y más profundos, son más voluminosos, redondeados, algo sensibles, el mayor del tamaño de una nuez; todos aislados unos de otros pero poco dislocables por su adherencia con la capa de tejido celular que los envuelve. En la fosa ilíaca derecha, por detrás del ligamento de Falopio, hay un ganglio del tamaño de una aceituna grande, doloroso á la presión. En el lado izquierdo no hay ganglios apreciables.

El enfermo ha perdido casi todos sus dientes y muelas hace ya años.

La sonoridad del estómago llega hasta el ombligo.

En el epigastrio se encuentra un tumor que ocupa la mitad derecha y se circunscribe bien por la palpación, dando sonido macizo á la percusión. Se limita arriba, á un centímetro y medio á la derecha del borde correspondiente del apéndice xifoides, perdiéndose debajo del reborde costal á esa altura; de ahí el contorno se dirige oblicuamente abajo y á la izquierda, hasta llegar á la línea media á unos quince centímetros por debajo del apéndice xifoides (vértice), se continúa casi verticalmente por la línea media, hasta el nivel correspondiente á la extremidad anterior de la 10.ª costilla, de donde se dirige oblicuamente (formando siempre una curva) hacia abajo y á la derecha, hasta el nivel de la horizontal del ombligo y al llegar

á tres centímetros del reborde costal se incarba arriba y afuera, perdiéndose debajo de la extremidad anterior de la 10.ª costilla derecha. El dolor á la presión, la palpación y la percusión, dan casi los mismos límites. Es un tumor redondeado, de unos doce centímetros de diámetro, aplanado en conjunto, pero prominente en su parte central fuertemente aplicada contra el reborde costal; algo pastoso á la presión que debe ser moderada por el dolor que produce. Su superficie es algo desigual, como mamelonada.

Corazón, hígado y bazo normales. La orina contiene trazas de albúmina, en lo demás normal.

El enfermo está afectado de una congestión pulmonar reciente; apirético. Establecido el diagnóstico de un sifiloma gastrico que á pesar de la rapidez de la evolución que denuncia el relato del enfermo puede fundarse en la discordancia del estado general y de las dimensiones del tumor, en la exacerbación vespertina y nocturna del dolor, y en la repercusión ganglionar que no obedece seguramente á las placas mucosas genitales, se practica una inyección de solución de biyoduro Hg de 10 centigramos, el día 15 de febrero, manteniendo el régimen lácteo.

Curso de la enfermedad.—Febrero 19.—La 1.ª inyección se hizo el día 15. En la media noche vómitos abundantes con mucosidades escasas; aumento del dolor que continúa el 16, con anhelación é inquietud. En la mañana del 16 deposición espontánea, sólida, escasa (escíbalos). Estos síntomas desaparecieron desde el 16, pero los vómitos no reaparecieron después.

Febrero 20.—2.ª inyección de 10 cgrs. de biyoduro. La congestión pulmonar en regresión. El enfermo está más tranquilo; facies menos roja. Hay menos dolor de estómago, sin vómitos. El tumor parece menor, menos prominente á la palpación y más pequeño en superficie. Su diámetro se ha reducido algo más de un centímetro. Los ganglios inguinales más pequeños; el de la fosa ilíaca que era muy doloroso á la presión, ahora es indolente. Las placas mucosas del surco cicatrizadas.

Febrero 25.—3.ª inyección. El cambio producido en el enfermo es evidente. Facies de buen aspecto, animado, tranquilo, no está anhelante como en los primeros días; la congestión se ha extinguido. Duerme bastante, se queja poco, no tuvo vómitos ni náuseas, á pesar de que come de todo y con apetito. Ayer y hoy deposiciones espontáneas, más abundantes. Examinado el enfermo después de comer, la superficie del tumor aparece más extensa, por la repleción del estómago, pero es menos prominente, más uniforme, notándose pocas desigualdades, por sobresalir menos los mamelones. El punto más prominente del tumor comprende el centro. Menos sensibilidad á la palpación y á la presión.

Febrero 27.—Facies mejor. El enfermo, animado, ya no está anhelante; ha desaparecido el aspecto congestivo de los primeros días que obedecía á la congestión pulmonar. Sin vómitos, regurgitaciones ni náuseas. Come bien, con apetito. Deposiciones diarias algo más abundantes, ayer y hoy. Poco dolor espontáneo del estómago. No hay dolor á la presión. Toda la región epigástrica sonora; esa sonoridad disminuye en la parte más prominente del tumor. Por la palpación se ve que es menor la superficie de éste, que hay menos prominencia, más uniformidad en la superficie, no pudiendo notarse con claridad los mamelones. Hoy puede deslizarse los dedos entre el tumor y el reborde costal, lo que era imposible en los días anteriores porque el tumor se aplicaba completamente contra la pared. Toma 4 grs. diarios de IK.

Marzo 2.—El 29 de febrero 4.ª inyección de 10 ctgrs. No han reaparecido los vómitos ni los otros síntomas; muy poco dolor; se alimenta bien. Deposiciones diarias. Superficie del tumor lisa. Los ganglios, pequeños é indolentes.

Marzo 10.—El día 5 la 5.ª inyección y hoy la 6.ª (10 ctgrs). El enfermo más animado, con mucho apetito, sin ningún dolor, sin molestias después de comer, no siente hinchado el estómago. El enfermo come de todo. Deposiciones diarias. Epigastrio indolente á la presión.

El tumor presenta en el centro, muy cerca de la línea blanca, un nódulo duro, como cartilaginoso, del tamaño de un haba pequeña, redondeado, indolente á la presión; el resto de la superficie blanda y elástica. La regresión del tumor es evidente. Los ganglios se han reducido á la quinta parte de lo que eran.

Marzo 23.—7.ª inyección el 14. Estado general bueno.—No digiere bien la carne, le produce mucho peso en el estómago y algún estreñimiento. El límite inferior del tumor está á 1 1/2 cms. por arriba del nivel del ombligo; el interno, superficialmente, á 1 cm. á la derecha de la línea blanca, pero profundamente se encuentra en la misma línea blanca. La forma del tumor es redondeada, más elevado en el centro; en este punto se encuentra el nódulo duro, fibroso, vago en el límite, como si se perdiera en el resto de la masa; parece una cicatriz enclavada en el centro de una masa carnosa. Puede deslizarse la extremidad de los dedos hasta unos dos centímetros entre el tumor y el reborde costal.

Pesa hoy 61 1/2 kilgs. Desde el 14 no se inyecta; sigue 5 grs. diarios de IK.

Marzo 31.—La regresión del tumor se aprecia fácilmente. En cuanto á su estado general el peso dice lo bastante.

Abril 2.—Hoy 8.ª inyección 0.10 ctgrs. Acné yódico; se suspende el IK.

Abril 6.—Pesa 64 kilgs.

Abril 13.—Pesa 64 kilgs. 200 grs. El 7, 9.ª inyección y el 11, 10.ª.

Abril 20.—Pesa 66 1/2 kilg. El 16 11.ª inyección. Tumor más pequeño, menos consistente, de forma más redondeada. su volumen puede compararse con el de una naranja algo grande. Mucho apetito; algo estreñido.

Abril 27.—Pesa 67 kilgs. El 20 12.ª inyección y el 25 13.ª, que terminan la segunda serie.

Mayo 14.—El 4 pesa 68 kilgs. y el 11 69 kilgs. Come mucho. Deposiciones diarias espontáneas. El tumor ocupa el cuarto superior derecho del espigastrio; se limita hacia arriba y adentro por el borde derecho del apéndice xifoides, adentro por la línea blanca y hacia abajo llega hasta 5 cms. por encima del nivel del ombligo. Su tamaño se ha reducido á la mitad de lo que era al ingresar. Su forma redondeada, con la cara anterior más aplanada; la consistencia es semejante á la de un músculo en semicontracción; no hay ningún nódulo apreciable.

Junio 30.—El tumor más reducido de tamaño aparece formado por dos partes situadas al nivel del reborde costal: una por delante y arriba, redondeada, elástica, blanda, algo dolorosa á la presión fuerte, algo movible, y la otra por detrás y por debajo, ovoidea, con su eje mayor dirigido de arriba abajo, de adelante atrás y algo de adentro afuera, dura, elástica, algo dolorosa á la presión, no movible; la parte superior de ésta se pierde detrás de la anterior.

Inmediatamente á la izquierda de la línea blanca, donde antes no había dolor, ni alcanzaba el borde del tumor, se encuentran tres puntos dolorosos, colocados en la dirección de la línea media, yuxtapuestos unos á otros, al nivel de los cuales la palpación descubre tres elevaciones redondeadas, cuya percepción es muy confusa.

Estado general excelente. Continúa el tratamiento mercurial.

Estadística de la Clínica y Policlínica de Niños del Hospital de Caridad de Montevideo, desde su inauguración el 15 de abril de 1894 hasta el 31 de diciembre de 1906.

POR EL

Dr. Pedro Duprat (DE MONTEVIDEO)

Jefe de la Clínica de Niños. Prof. de la Escuela de Enfermeros

(SERVICIO DEL PROFESOR DOCTOR LUIS MORQUIO)

Consideraciones generales

La Clínica de Niños fué inaugurada en la Sala «San Luis» del Hospital de Caridad el 15 de abril de 1894.

Fué nombrado entonces profesor de ella el doctor Francisco Soca, y su primer Jefe de Clínica lo fué el doctor Luis Morquio. Sucedieron á éste en dicha jefatura los doctores Berro y Gastessi.

El 15 de mayo de 1899 cupo al doctor Morquio el merecido honor de ocupar la cátedra de dicha Clínica.

Dos períodos se señalan netamente en la organización y funcionamiento de esta Clínica, cuya importancia ha ido creciendo gracias á la constante energía desplegada por nuestro maestro el doctor Morquio, quien ha conseguido que las autoridades universitarias y los estudiantes se den completa y acabada cuenta del importante rol que desempeña el estudio de la Pediatría, no sólo del punto de vista profesional, sino también muy especialmente del punto de vista social.

Dos períodos, decía, se señalan en el desarrollo de la Clínica de Niños: uno de ellos, el primero, que va desde su inauguración hasta mediados del año 1899, lleva el sello característico de las iniciaciones de las obras difíciles, en las que sólo una consagración decidida y una firme voluntad de marchar hacia adelante es capaz de poner orden en el caos de las buenas iniciativas que sólo esperan el apoyo útil y firme que ha de permitir el despliegue de sus energías todas.

El segundo período que empieza cuando el doctor Morquio se hizo

cargo de la Cátedra, es todo orden y método: todo el abundante material que ha desfilado por la Clínica y la Policlínica de Niños en este lapso de más de siete años, ha sido rigurosamente aprovechado, desde lo más complejo hasta lo más sencillo, anotando, con todo cuidado, los datos del enfermito (nombre, edad, domicilio), su pequeña observación clínica, el diagnóstico y el tratamiento y la evolución de la enfermedad, sin dejar escapar nada; y si algo falta, no es obra de la incuria sino de la falta de medios que coarta la mejor buena voluntad, poniendo una valla insalvable á los más decididos y sanos empeños.

En nuestros cuadros estadísticos nos hemos visto forzados á hacer resaltar esos dos períodos. En el primero de ellos sólo pudimos hacer una estadística de conjunto, pues la falta de datos hace que, sobre todo la que se refiere á la Policlínica, sea incompleta, por cuanto en muchísimos casos (más de mil) si bien se ha anotado el ingreso de los enfermos no se ha recogido la observación ni el diagnóstico, lo que como se comprende deja un gran claro en nuestros cuadros.

Del segundo período, en cambio, presentamos una estadística por edades y sexos de los niños, que será seguramente completa y muy útil del punto de vista práctico.

Dicho esto á modo de preámbulo que hemos considerado necesario, pasemos á explicar el esquema que hemos adoptado para nuestro trabajo.

EL PERSONAL CIENTÍFICO DEL SERVICIO DE NIÑOS

Fué el primer profesor, como ya dije, el doctor Francisco Soca, que pasó al cargo de Catedrático de la Clínica Médica. Sus jefes de Clínica lo fueron los doctores Luis Morquio, Arturo Berro y Martín Gastessi.

Le siguió en la Cátedra el doctor Luis Morquio, médico de la Cuna del Asilo de Expósitos y Huérfanos; fueron sus jefes de Clínica los doctores A. Saráchaga y Prudencio de Pena.

Han sido internos del Servicio en este segundo período los señores: Prudencio de Pena, Luis Calzada, Juan Pou Orfila, José Negrotto (á quien debemos dedicar un sentido recuerdo, pues falleció á consecuencia de una infección que se produjo en una autopsia del Servicio), José Carnelli y Alberto Galeano.

El personal actual lo forman: el doctor Luis Morquio, profesor de Clínicas; los doctores Prudencio de Pena y Pedro Duprat, como jefes

de Clínica; el practicante interno don Domingo Prat y los externos don Eugenio Lasnier y don Carlos Bellini.

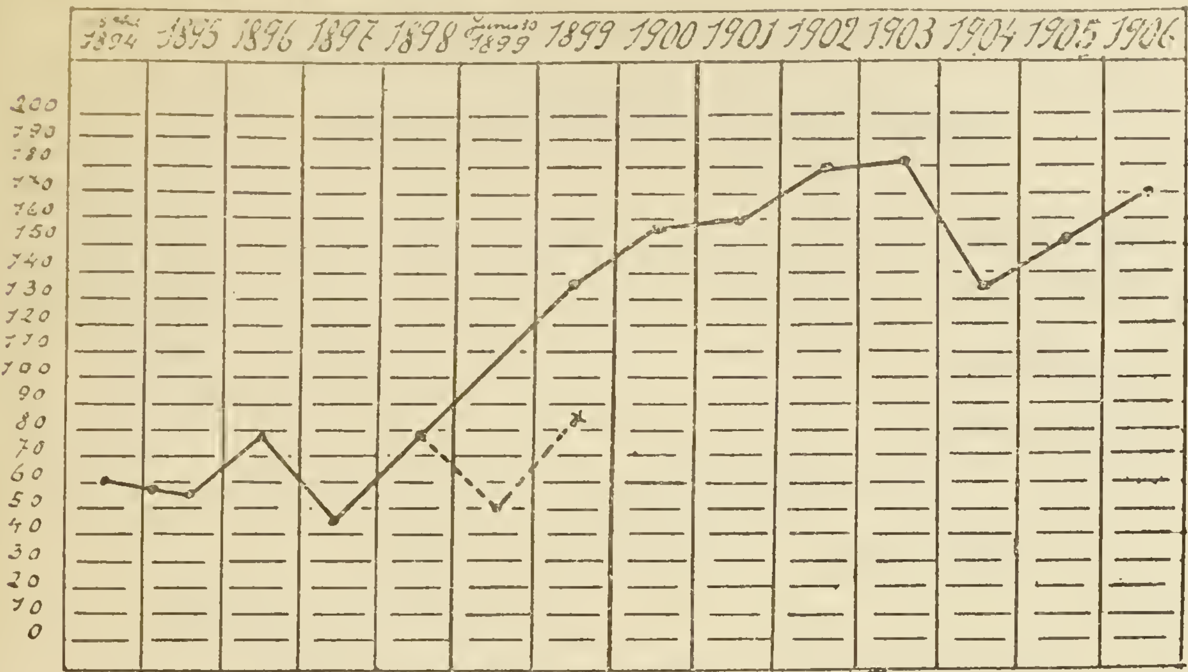
LA ESTADÍSTICA

Hemos reunido todas las enfermedades en diez y siete cuadros numerados de I á XVII, y en cada uno de ellos se han hecho las divisiones por año desde el 94 hasta el primer semestre del año 1899, para el primer período. Para el segundo período se han reunido todos los enfermitos clasificándolos por sexos y por edades así divididas: de 0 á 1 mes, 1 á 6 meses, 6 á 12 meses, 1 á 3 años, 3 á 5 años, 5 á 10 años y 10 á 15 años.

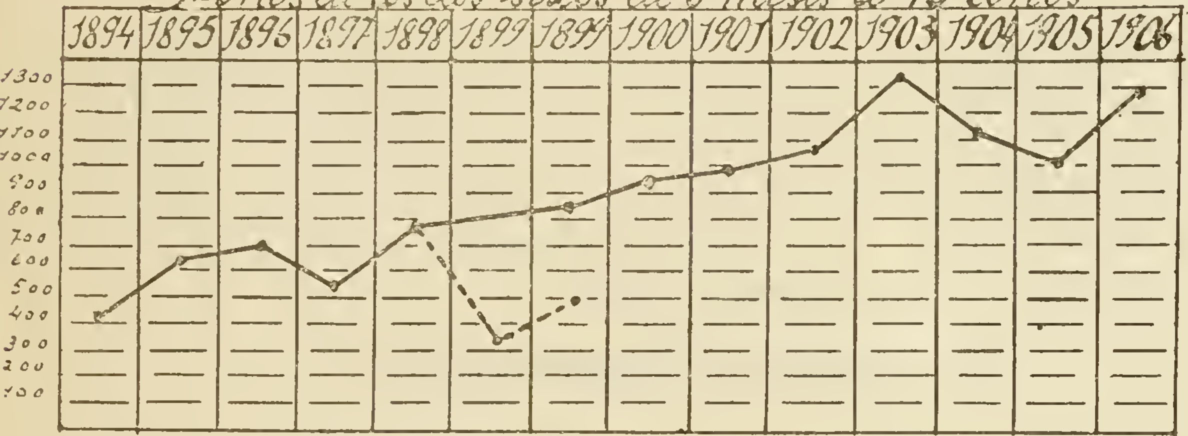
Cada uno de estos períodos ha sido separado en dos: una estadística para la Clínica (Sala «San Luis») y otra para la Policlínica. Ha sido necesario hacerlo en esta forma, porque el servicio de la Clínica de Niños que funciona en la Sala «San Luis» sólo está destinado á los varones de 3 á 15 años, mientras que la Policlínica funciona para niños de ambos sexos de 0 meses á 15 años, y como es fácil comprender, habría un aumento de varones sobre las niñas que no sería la proporción exacta, por cuanto faltan las niñas hospitalizadas en otro servicio. Igualmente ha sido preciso que el período de 1 á 5 años fuera subdividido en dos (de 1 á 3 años y de 3 á 5 años) para que el aumento que diera al reunir los varones de Policlínica y de la Sala, de esa edad, repercutiera sólo sobre aquellos á quienes realmente toca, es decir, sobre los varones de 3 á 5 años.

He aquí ahora las gráficas que fijan mejor que todo lo que nosotros pudiéramos decir, la marcha progresiva del aumento é importancia que ha tomado la Pediatría entre nosotros:

La Clínica de Niños Varones de 3 á 15 años



La Policlínica de Niños
Niños de los dos sexos de 0 meses á 15 años



Número de niños según el sexo y la edad ingresados á la Policlínica desde 1899 á 1906

0 á 1 meses		1 á 6		6 á 12		1 á 3 años		3 á 5		5 á 10		10 á 15		Total
m	v	m	v	m	v	m	v	m	v	m	v	m	v	
90	77	330	297	424	306	784	804	791	700	703	544	408	460	= 6710

mujeres = 3530
varones = 3180
Total general = 6710

Se ve por el estudio de estas gráficas que tanto en la Sala de niños como en la Policlínica, el aumento ha sido pequeño, si bien se notan en las dos curvas dos depresiones que se corresponden y que pertenecen á los años 1897 y 1904. En el primero de ellos baja de 76 en 1896 á 47 en 1897 para la Sala, y de 680 en 1896 á 560 en 1897 para la Policlínica. En el segundo baja de 180 en 1903 á 135 en 1904 para la Sala, y de un máximum de 1,350 en 1903 á 1,100 en 1904 para la Policlínica. ¿A qué se deben estos descensos? Pues bien: 1897 y 1904 son los años de las grandes guerras, y si bien los servicios de niños reciben un escaso contingente de la campaña, que no alcanza á cubrir con toda seguridad el descenso, es esta la única explicación que encontramos aceptable.

Primera Sección—1894-1899 (1.er semestre)

CLÍNICA DE NIÑOS.—VARONES DE 3 Á 15 AÑOS

SALIDOS	Ingresados	315
	Fallecidos	24
	Curados	265
	Mejorados	21
	Pasados á otras dependencias	5

Porcentaje de mortalidad: 7.62 %

Segunda Sección—1899 (2.° semestre)—1906

SALIDOS	Ingresados	1,120
	Fallecidos	68
	Curados	973
	Mejorados	32
	Pasados á otras dependencias	47

Porcentaje de mortalidad: 6.07 %

Primera Sección—1894-1899 (2.° semestre)

POLICLÍNICA DE NIÑOS.—NIÑOS DE AMBOS SEXOS (0 MESES Á 15 AÑOS)

Ingresados	3,905		No hay exactitud ninguna en estos datos, por cuanto hay más de mil niños cuyo diagnóstico se ignora, y entre ellos hay algunos comprendidos en estas divisiones.
Fallecidos	15	anotados.	
Curados	—	se ignora exactamente.	
Mejorados	—	se ignora exactamente.	
Pasados á otras dependencias	—	se ignora exactamente.	
Pasados al Hospital	59		

Es necesario, además, tener en cuenta que los datos de los servicios de Policlínica tienen forzosamente que adolecer de exactitud por la esencia misma de su funcionamiento.

Segunda Sección—1899 (2.º semestre)—1906

Ingresados	6,710	
Fallecidos	148	
Curados	5,794	
Mejorados	349	
Se ignora la evolución	310	(Están incluídas 103 niñas hospitalizadas).
Pasados á otras dependencias	109	
» al Hospital (varones)	315	(Como éstos figuran en nuestra Estadística de la Sala, no han sido incluídos en ésta).

De estos **315** diños, los varones no figuran aquí, pero las mujeres en número de 103 figuran entre los 310 cuya evolución se ignora, por cuanto si bien han sido hospitalizados, la índole misma del Servicio ha hecho que se ignore su evolución.

LOS TOTALES GENERALES

Sala de Niños	315
» » »	1,120
(Varones	1,435

Policlínica (ambos sexos)	3,905	
» (» »)	6,710	Mujeres 3,530 / Varones 3,180
(Ambos sexos)	10,615	

TOTAL GENERAL DE NIÑOS QUE HAN PASADO POR LA CLÍNICA Y POLICLÍNICA

1.er Período	3,200
2.º Período	7,835
Total	**11,035**

La Clínica de Niños (Sala «San Luis»)

Varones de 3 á 15 años

15 DE ABRIL DE 1894 Á 30 DE JUNIO DE 1899

	AÑOS						TOTAL
	1894	1895	1896	1897	1898	1899	
I.—Intoxicaciones agudas:							
En este período sólo hemos encontrado un caso de alcoholismo en el año 1894, en un niño de 5 años.							
II.—Toxi-infecciones agudas. — Observaciones:							
Escarlatina	1	—	—	—	—	—	1
Sarampión	—	—	1	1	—	—	2
Viruela	1	—	1	—	—	—	2
Púrpura hemorrágica (falleció †)	—	1	—	—	—	—	1
Difteria. Angina	—	—	1	—	—	—	1
Fiebre tifoidea (falleció † 1 el 96)	1	1	3	1	2	1	9
» » y granulia (falleció †)	1	—	—	—	—	—	1
Coqueluche	—	1	—	—	—	—	1
Reumatismo poli-articular agudo	—	—	—	—	2	—	2
Influenza	2	—	—	—	2	—	4
	6	3	6	2	6	1	24
III.—Toxi-infecciones crónicas.—Observaciones (No bacilares):							
Anemia	—	—	—	—	1	—	1
Escrofulosis	—	—	1	—	—	—	1
Sífilis hereditaria (1 s. h. laríngea, 1 s. h. condilomas anales)	—	—	—	2	—	—	2
	—	—	1	2	1	—	4
IV.—La tuberculosis.—Observaciones:							
Tuberculosis generalizada (1 falleció el 96 †)	—	—	1	3	2	2	8
» pulmonar (falleció 1 el 95, 1 el 97 † †)	—	2	—	1	—	—	3
» peritoneal (falleció uno de cada 2 † † †)	—	2	2	—	—	2	6
» vertebral—Mal de Pott (falleció †)	—	1	—	2	2	3	8
Mal de Pott y abscesos por congestión	—	3	1	—	—	—	4
» » » y coxalgia derecha	—	—	1	—	—	—	1
Coxalgia (sin especificar el lado)	5	2	1	3	4	1	16
» doble	—	1	—	—	—	—	1
» izquierda	1	3	—	—	—	—	4
» » supurada	—	—	1	—	—	—	1
» derecha	—	—	1	—	—	—	1
» supurada (sin decir el lado)	—	1	—	1	1	1	4

	AÑOS						TOTAL
	1894	1895	1896	1897	1898	1899	
Testículo tuberculoso (no dice el lado).	—	—	—	—	1	1	2
Meningitis tuberculosa—todos fallecieron.	—	—	1	2	2	1	6
Absceso osifluente tuberculoso de la región lumbar. .	1	—	—	—	—	1	2
» » » del muslo izquierdo. .	—	1	—	—	—	—	1
Osteo-artritis tuberculosa de la rodilla derecha . . .	—	—	—	—	—	1	1
Tuberculosis ganglionar del cuello (no supurada). . .	—	—	—	—	—	1	1
» » supurada (no dice de dónde) .	—	—	—	—	1	—	1
» » » de la ingle . . .	1	—	—	—	—	—	1
Absceso frío del muslo izquierdo	1	—	—	—	—	—	1
Osteo-artritis; tuberculosis medio-tarsiana (no dice el lado).	—	—	—	—	—	1	1
	9	16	9	12	13	15	74

V.—Aparato circulatorio. — Observaciones:

En este período sólo encontramos un enfermito del aparato circulatorio que falleció de síncope cardíaco el año 1898.

VI.—Aparato digestivo y anexos:

Labio leporino	—	—	1	—	—	—	1
Nevus de la encía	1	—	—	—	—	—	1
Noma (falleció †)	—	—	1	—	—	—	1
Catarro gastro-intestinal	—	—	—	1	—	—	1
Dispepsia gastro-intestinal	—	—	—	—	1	—	1
Infección gastro-intestinal	—	—	—	1	2	4	7
Toxi-infección gastro-intestinal.	—	1	—	—	—	—	1
Apendicitis	—	—	—	—	1	—	1
Prolapsus rectal.	—	—	—	—	1	—	1
Absceso peri-anal	1	—	—	—	—	—	1
Fístula anal	—	—	—	—	—	1	1
Quiste de la parótida	—	—	—	—	1	—	1
Tumor de la ídem	—	—	—	1	—	—	1
Quiste hidático del hígado	—	—	1	2	1	2	6
Catarro de las vías biliares	—	—	—	1	—	—	1
Tenia	—	—	—	—	1	—	1
	2	1	3	6	8	7	27

VII.—Abdomen:

Absceso hipogástrico	—	—	1	—	—	—	1
» de la fosa ilíaca izquierda	—	—	1	—	—	—	1
Hernia inguinal doble.	—	—	—	—	—	1	1
	—	—	2	—	—	1	3

VIII.—Aparato uro-genital:

Nefritis aguda	—	—	2	—	—	—	2
» escarlatinosa (los dos fallecieron, 1 de Uremia ††)	—	—	2	—	—	—	2
Cálculo vesical	—	—	—	—	1	—	1
Hidrocele izquierdo	—	—	—	—	—	1	1
Sarcoma del testículo	—	—	—	—	1	—	1
	—	—	4	—	2	1	7

	AÑOS						TOTAL
	1894	1895	1896	1897	1898	1899	
IV.—Aparato respiratorio:							
Desviación del tabique nasal.	—	—	—	—	1	—	1
Bronquitis	1	2	3	2	—	—	8
Congestión pulmonar	—	1	—	—	—	—	1
» pleuro-pulmonar	—	—	—	1	—	—	1
Broneopneumonía	—	1	2	1	1	1	6
Esplenopneumonía.	1	—	—	—	—	—	1
Pseudo-asma.	—	—	—	—	—	2	2
Pleuresía derecha (sin más datos)	—	1	—	—	—	—	1
» sero-fibrinosa (no dice el lado)	—	—	—	1	—	1	2
» purulenta, degeneración amiloidea visceral (falleció)	—	1	—	—	—	—	1
» purulenta (falleció el del 94).	1	—	1	1	1	1	5
Esclerosis pleuro-pulmonar y dilatación bronquial . .	1	—	—	—	—	—	1
	4	6	6	6	3	5	30
X.—Sist. nervioso central y periférico:							
Enajenación mental	—	—	—	—	1	—	1
Idiotismo.	1	—	1	—	—	—	2
Epilepsia.	1	—	1	—	1	—	3
» sintomática	—	—	1	—	—	1	2
Histeria	—	1	—	—	—	—	1
Incontinencia de orina	1	1	1	—	—	—	3
Cerebrastenia	—	—	—	—	—	1	1
Congestión cerebral.	—	—	—	1	—	—	1
Esclerosis cerebral.	—	—	—	—	1	1	2
Conmoción cerebro-espinal	—	—	1	—	—	—	1
Parálisis infantil	—	—	1	1	1	—	3
» radial.	—	—	—	—	1	—	1
Tortícolis.	1	—	—	—	—	—	1
	4	2	6	2	5	3	22
XI.—Aparato locomotor. Huesos, articulaciones y músculos:							
Fractura del húmero (tercio inferior).	—	—	—	—	1	—	1
» huesos antebrazo; callo vicioso	—	—	1	—	—	—	1
» radio derecho	—	1	—	—	—	—	1
» del pubis.	—	1	—	—	—	—	1
» fémur derecho (tercio inf., tercio medio, tercio sup.) en ese orden	1	1	1	—	—	—	3
» fémur izquierdo.	—	—	—	—	—	1	1
» » » tercio superior expuesta. .	—	—	1	—	—	—	1
» tibia	—	—	1	—	—	—	1
» » izquierda	—	—	—	1	—	—	1
» peroné izquierdo extremo inf.	—	—	1	—	—	—	1
» » extremo inf.	—	—	1	—	—	—	1
» huesos pierna derecha, tercio inf. . . .	1	—	—	—	—	—	1
» » » »	—	1	—	—	—	—	1
» » » izquierda tercio medio expuesta. Amputación. . .	—	—	—	—	1	—	1
» » » tercio medio expuesta — no dice lado	1	—	—	—	—	—	1
» bóveda del cráneo	—	1	—	—	—	—	[illegible]
» base del cráneo (falleció).	—	—	—	—	—	1	1
Ostiomielitis prolongada (no dice de dónde). . . .	1	—	—	—	—	—	1
» del húmero derecho	—	—	—	1	—	—	1
» del fémur derecho, supurada	—	—	1	—	—	—	1

	AÑOS						TOTAL
	1894	1895	1896	1897	1898	1899	
Ostiomielitis del fémur, supurada	—	—	—	—	3	—	3
» tibia izquierda, supurada	—	—	—	—	—	1	1
» » supurada	—	—	—	—	6	—	6
Osteo-periostitis alvéolo-dentaria maxilar inf.	1	—	—	—	—	1	2
» » fémur	1	1	1	—	—	—	3
Condro sarcoma húmero derecho	—	—	—	1	—	—	1
Sarcoma de la cadera	—	—	—	—	1	—	1
Luxación de la rodilla	·	—	1	—	—	—	1
» del codo expuesta, lado izquierdo	—	1	—	—	—	—	1
	6	7	9	3	12	4	41

XII.—Piel y tejido celular:

	1894	1895	1896	1897	1898	1899	TOTAL
Prurigo de hebra	1	—	1	—	—	—	2
Eczema	—	—	1	—	—	—	1
» seborreico	—	—	—	—	1	—	1
» impetiginoso del cuero cabelludo	—	—	1	—	—	—	1
Impétigo del cuero cabelludo	—	—	1	—	—	—	1
Impétigo	—	—	—	—	1	—	1
Ectima	—	1	—	—	—	—	1
Quiste sebáceo supurado	—	—	1	—	—	—	1
» » » muslo izquierdo	—	—	1	—	—	—	1
Sarna	—	2	1	—	1	—	4
Tiña Favus	1	—	—	1	—	1	3
Flemón de la mano, palma	—	—	—	—	1	—	1
» » » cara	—	—	—	—	—	1	1
Absceso subcutáneo del muslo izq., origen septicémico	—	—	1	—	—	—	1
	2	3	8	1	4	2	20

XIII.—Ganglios linfáticos:

Sólo hemos encontrado *tres* adenitis supuradas simples el año 1896: 1 de la ingle derecha, 1 parotidea, 1 submaxilar.

XIV.—Órganos de los sentidos:

	1894	1895	1896	1897	1898	1899	TOTAL
Conjuntivitis catarral	—	—	—	—	1	—	1
» granulosa	2	1	—	—	1	1	5
Catarata doble	—	1	—	—	—	—	1
Ectropión posterior traumático	—	1	—	—	—	—	1
Enucleación ojo izquierdo	—	1	—	—	—	—	1
Quiste hidático del ojo izquierdo	—	—	—	—	1	—	1
Otitis supurada y mastoiditis	—	—	—	—	2	—	2
Absceso mastoideo	—	—	1	—	—	—	1
	2	4	1	—	5	1	13

XV.—Traumatismos:

	1894	1895	1896	1897	1898	1899	TOTAL
Traumatismo: mano izq.: pérdida de las dos primeras falanges del meñique	1	—	—	—	—	—	1
» de los dedos	—	—	—	—	—	3	3
» del meñique izq.	—	—	—	—	—	1	1
» » anular izq.	1	—	—	—	—	—	1
» de la pierna izq. Amputación	—	—	—	—	—	2	2
Contusión del tórax	—	—	—	—	—	1	1
» de la rodilla izq.	—	1	—	—	—	—	1
» » » pierna izq.	1	—	—	—	—	—	1

	Años 1894	1895	1896	1897	1898	1899	Total
Contusión de la pierna der.	—	—	—	—	1	—	1
» » las dos piernas	—	—	1	—	—	—	1
» del pie derecho	—	—	—	—	—	1	1
Herida de las dos piernas	—	-	—	—	1	—	1
» del brazo tercio sup.—no dice lado . . .	—	—	—	—	1	—	1
» de la palma mano—no dice lado. . . .	—	—	—	—	—	1	1
» » bala partes blandas de la cara.	—	—	—	—	1	—	1
» » » » » brazo, tercio sup.—no dice lado	-	—	—	—	1	—	1
» » » del cráneo—absceso cerebral consecutivo (†).	—	—	—	—	1	—	1
» cortante de la pierna tercio inf.—no dice lado	—	- -	—	—	1	—	1
» » » » » Amput. tercio inf.—no dice lado.	—	—	—	—	1	—	1
» desgarrada del puño	- -	1	—	—	—	—	1
» contusa región frontal	—	1	—	1	1	—	3
» » » superciliar izq	—	—	2	1	—	—	3
» » » naso-labial	—	—	—	1	—	—	1
» » brazo izq.	1	—	—	—	—	—	1
» » mano izq.	—	—	—	1	—	—	1
» » muslo der. tercio inf.	—	—	—	1	—	—	1
Gangrena consecutiva á heridas pierna derecha. Amputación del tercio superior muslo	1	—	—	—	—	—	1
» » á heridas de la mano y antebrazo. Desarticulación del codo.	—	—	—	—	—	1	1
	5	3	3	5	9	10	35

XVI.—Quemaduras:

Sólo existe una quemadura de tercer grado del antebrazo izquierdo el año 1895.

XVII.—Afecciones varias:

	1894	1895	1896	1897	1898	1899	Total
Epitelioma de la cara.	—	—	—	—	—	1	1
Lipoma de la rodilla	—	—	—	1	—	—	1
Fístula congénita crico-tiroidea.	—	—	—	—	1	—	1
Quiste de la región anterior del cuello.	—	1	—	—	—	—	1
» hidático del cuello	—	—	1	—	—	—	1
Úlceras del pie.	—	—	—	—	1	—	1
Sin enfermedad comprobada.	—	—	3	—	—	—	3
	—	1	4	1	2	1	9

Resumen de los cuadros anteriores

I.—Intoxicaciones agudas	1
II.—Toxi-infecciones agudas	24
III.—Toxi-infecciones crónicas	4
IV.—La tuberculosis	74
V.—Aparato circulatorio	1
VI.—Aparato digestivo y anexos	27
VII.—Abdomen	3
VIII.—Aparato uro-genital	7
IX.—Aparato respiratorio	30
X.—Sistema nervioso	22
XI.—Aparato locomotor	41
XII.—Piel y tejido celular	20
XIII.—Ganglios linfáticos	3
XIV.—Organos de los sentidos	13
XV.—Traumatismos	35
XVI y XVII.—Quemaduras y afecciones varias	10 = 315

En el período de 15 de abril de 1894 á 30 de junio de 1899 han ingresado á la Sala «San Luis» 315 enfermitos del sexo masculino comprendidos de 3 á 15 años:

De ellos han fallecido 24, lo que da un porcentaje de 7.62 %.

—

La afección que ha dado más ingresos es la tuberculosis y también la que ha dado el máximum de mortalidad.

De los 74 tuberculosos ingresados fallecieron 13, lo que da un porcentaje de 17.57 %.

La Policlínica de Niños del Hospital de Caridad

Niños de ambos sexos—De 0 meses á 15 años

15 de abril de 1894 á 30 de junio de 1899

	Años						TOTAL
	1894	1895	1896	1897	1898	1899	
I.—Intoxicaciones agudas:							
En este lapso de tiempo no hemos encontrado ninguna intoxicación aguda.							
II.—Toxi-infecciones agudas:							
Grippe	17	4	22	2	6	4	55
» y bronquitis	—	—	—	6	2	2	10
» y congestión pulmonar	—	1	—	—	1	—	2
Fiebre tifoidea	7	4	1	4	5	3	24
» ganglionar	—	—	—	—	—	2	2
» palúdica	—	—	1	1	—	—	2
Paperas	3	4	3	—	2	2	14
Difteria. Angina	1	1	1	1	—	—	4
» parálisis	—	1	—	—	—	—	1
Coqueluche	22	79	18	29	18	13	179
» y bronquitis	3	6	3	—	—	—	12
» y broncopneumonía	1	5	1	—	1	1	9
Croup	1	—	—	—	—	—	1

	1894	1895	1896	1897	1898	1899	TOTAL
Escarlatina	8	1	1	—	—	—	10
» con flemón glúteo	—	1	—		—	—	1
Varicela	4	1	—	—	-	3	8
Varioloide	—	—	5	2	—	—	7
Vacuna infectada	1	—	—	—	—	—	1
Erisipela de la cara	1	—	—	—	—	—	1
Eritema infeccioso	2	2	1	—	—	—	5
Reumatismo poli-articular agudo	—	3	3	1	1	1	9
» » » y Tortícolis reumática	—	—	1	—	—	—	1
Sarampión	—	—	—	1	3	—	4
» y bronquitis	—	—	—	1	2	—	3
» y bronconeumonía	—	—	—	—	2	—	2
Toxi-infección (sin más detalles)	—	8	—	-	—	—	8
	71	121	61	48	43	31	375

III. — Toxi-infecciones crónicas (No bacilares). Enfermedades de la Nutrición:

	1894	1895	1896	1897	1898	1899	TOTAL
Anemia	2	6	3	5	10	4	30
» y dispepsia nerviosa	3	—	—	—	—	—	3
Cloro-Anemia	1	—	—	2	4	—	7
Escrofulosis	—	5	—	1	3	2	11
Linfatismo	2	2	—	—	1	4	9
Miseria fisiológica	—	—	—	—	—	2	2
Atrepsia	2	2	2	—	1	—	7
Debilidad congénica	1	—	—	—	—	—	1
» » Atrepsia	1	—	—	—	-	—	1
Raquitismo	—	—	5	1	—	2	8
» por vicio alimenticio	1	—	1	—	—	—	2
Sífilis hereditaria	1	3	3	—	—	—	7
» » laríngea	—	—	—	4	1	—	5
» » ulceraciones faríngeas	—	1	—	—	—	—	1
» » Tibia Lannelongue	1	—	—	—	—	—	1
» » precoz	1	—	—	—	—	—	1
» » » Microcefalia	1	—	—	—	—	—	1
» » tardía. Convulsiones	1	—	—	—	—	—	1
» » Atrepsia sifilítica Parrot	—	—	1	1	—	—	2
» » Ectima sifilítico	—	—	1	—	—	—	1
» adquirida (?)	—	—	—	1	—	—	1
» (sin más detalles)	—	3	—	—	—	—	3
	18	22	16	15	20	14	105

VI.—La tuberculosis:

	1894	1895	1896	1897	1898	1899	TOTAL
Tuberculosis (sin más detalles)	3	—	—	—	9	2	14
» incipiente	—	—	—	—	1	—	1
» generalizada	1	2	1	—	1	—	5
» » y coxalgia	—	—	—	—	1	—	1
» aguda	—	—	—	—	—	2	2
» pulmonar	2	6	11	4	8	4	35
» » y adenopatía tráqueo-brónquica	1	—	—	—	—	—	1
» » del vértice izquierdo	—	—	—	—	1	—	1
» » y peritoneal	—	—	1	—	—	—	1
» » Bronconeumonía tuberculosa	1	2	1	—	2	—	6
» pleuro-pulmonar	—	—	—	—	—	1	1
» peritoneal	1	1	2	—	2	—	6
» intestinal	—	—	—	—	1	—	1
» meníngea. Meningitis tuberculosa † † †	1	—	1	1	—	—	3

	AÑOS						TOTAL
	1894	1895	1896	1897	1898	1899	
Tuberculosis pleural. Pleuresía tuberculosa derecha. .	—	—	—	—	—	1	1
» Abscesos fríos	—	—	—	—	1	—	1
» » » de la región cervical . .	1	1	—	—	—	—	2
» del testículo.	—	—	—	—	1	—	1
» ganglionar generalizada.	1	—	—	—	—	—	1
» Adenitis tuberculosa.	2	1	—	—	—	—	3
» » » del cuello. . . .	—	—	—	—	1	1	2
» Poli-adenitis tuberculosa supurada. . .	—	1	—	—	—	—	1
» Adenitis tuberculosa supurada del cuello.	1	—	—	—	—	—	1
» y adenopatía tráqueo-brónquica. . . .	2	—	—	—	—	—	2
» vertebral-Mal de Pott (sin más datos). .	3	3	2	2	2	3	15
» » » » » lumbar y dorsal superior . . .	—	—	—	—	—	1	1
» » » » » absceso por congestión. . . .	—	—	1	1	1	—	3
» » » » » región cervical. .	—	—	1	—	1	—	2
» » » » » dorsal superior	—	—	1	—	—	—	1
» » » » » dorso lumbar . .	1	—	—	—	—	—	1
» » » » » y coxalgia . . .	—	1	—	—	—	—	1
» Articular. Coxalgia	3	2	3	—	4	1	13
» » » izquierda.	—	—	—	1	—	—	1
» » » derecha	—	1	—	—	—	—	1
» » Rodilla.	1	1	—	—	—	—	2
» » » izquierda	1	1	1	—	—	—	3
» » » derecha	—	—	1	1	—	—	2
» » Codo izquierdo	—	—	—	—	—	1	1
» » Artritis tuberculosa (no dice de dónde)	—	—	—	1	1	—	2
Úlceras tuberculosas.	—	—	—	—	1	1	2
» Óseas-Osteitis tuberculosa costal —absceso frío	1	—	—	1	1	—	3
» Óseas-Osteitis tuberculosa maxilar superior	—	—	—	—	1	—	1
» Espina ventosa.	—	1	1	—	—	—	2
» » » del índice mano izq. .	—	—	—	—	—	1	1
» Osteitis tuberculosa del esternón . . .	—	—	1	—	—	—	1
» » » del occipital . . .	—	—	1	—	—	—	1
» » » primera falange dedo grueso pie izq. .	—	—	—	—	1	—	1
	27	24	30	12	42	19	154

V.—Aparato circulatorio:

	1894	1895	1896	1897	1898	1899	TOTAL
Endocarditis post-escarlatinosa.	—	1	—	—	—	—	1
Enfermedad mitral	1	—	—	—	—	—	1
Hipertrofia cardíaca de crecimiento	—	—	—	—	—	1	1
Taquicardia.	1	—	—	—	—	—	1
Insuficiencia y estrechez mitral.	—	—	—	—	—	1	1
» » » » y pericarditis . . .	—	1	—	—	—	—	1
» mitral-Tuberculosis pulmonar.	—	—	—	—	—	1	1
	2	2	—	—	—	3	7

VI.—Aparato digestivo y anexos:

	1894	1895	1896	1897	1898	1899	TOTAL
Labio leporino doble completo.	1	—	—	—	—	—	1
» »	—	—	3	1	—	—	4
» » complicado-gœule de loup	—	—	—	1	—	—	1
Papiloma labio inferior lado izq.	—	—	1	—	—	—	1
Herpes labial	—	—	—	1	—	—	1
Labialitis	1	—	—	—	—	—	1

	AÑOS						TOTAL
	1894	1895	1896	1897	1898	1899	
Epulix operado y reproducido	—	—	—	—	—	1	1
Muguet	2	1	1	1	—	—	5
» y gastro-enteritis	—	—	1	—	—	—	1
» buco-faríngeo	—	—	1	—	—	—	1
Estomatitis	—	—	5	3	5	—	13
» eritematosa	—	—	3	2	—	—	5
» aftosa	10	7	9	2	—	—	28
» y glositis	1	3	—	—	—	—	4
» úlcero-membranosa	—	8	4	2	5	—	19
Glositis descamativa	1	—	—	—	—	—	1
» ulcerosa	—	1	—	—	1	—	2
» » por carie dentaria	—	—	—	—	1	—	1
Macroglosia	—	1	—	—	—	—	1
Gingivitis	—	1	—	1	2	1	5
Dentición defectuosa	—	—	1	—	—	—	1
Frenillo	—	—	1	—	1	1	3
Amigdalitis simple	2	1	4	—	4	—	11
» aguda	—	1	—	—	—	—	1
» flemonosa	3	—	1	—	—	—	4
» ulcerosa	1	—	—	—	—	—	1
Angina pultácea	6	4	1	2	3	1	17
» simple	7	7	1	—	—	—	15
» catarral	2	3	1	3	1	—	10
» eritematosa	—	8	6	3	—	—	17
» pseudo-membranosa	3	3	16	2	1	1	26
Hipertrofia amigdaliana	—	—	1	—	—	—	1
Absceso retro-faríngeo	1	—	—	—	—	—	1
Neuralgia dentaria	—	—	—	—	1	—	1
Ránula (operada)	—	—	—	—	—	1	1
Faringitis crónica.—Granulaciones faríngeas	1	1	—	1	—	2	5
Cuerpo extraño del tubo digestivo	—	1	—	—	—	—	1
Anorexia	—	1	2	1	—	—	4
Vicio alimenticio.—Dispepsia gastro-intestinal	7	10	9	4	10	11	51
» » gastro-enteritis	2	—	4	—	—	—	6
Dispepsia aguda	8	5	2	1	1	1	18
» gastro intestinal	15	14	3	6	5	3	46
» » y raquitismo	1	—	—	—	—	—	1
Gastro-enteritis aguda	5	14	35	2	—	—	56
Infección gastro-intestinal	2	7	2	56	137	42	246
Embarazo gástrico febril	8	13	14	3	14	4	56
Constipación habitual	3	1	2	1	1	2	10
Infección intestinal	2	—	—	—	—	1	3
Diarrea catarral	7	8	16	10	2	1	44
» Toxi-infecciosa	4	10	9	4	1	—	28
Disentería	3	6	4	1	1	1	16
Enterocolitis	2	7	9	2	3	3	26
Prolapsus rectal	5	2	3	1	4	3	18
Condiloma anal	1	—	1	—	—	1	3
Ulceración anal	1	2	2	—	—	1	6
Imperforación del ano	—	—	—	—	1	—	1
Quiste hidático del hígado	—	—	—	—	1	—	1
Ictericia infecciosa	2	1	1	2	1	2	9
Tenia	1	1	3	3	1	1	10
	119	153	182	122	208	85	869

VII.—Abdomen:

	1894	1895	1896	1897	1898	1899	TOTAL
Infección crónica de la cicatriz umbilical	1	—	—	—	—	—	1
Fístula umbilical	1	—	—	—	1	1	3
Onfalitis	—	—	1	1	—	—	2
Escoriación del ombligo	1	—	—	—	—	—	1
Hernia umbilical	5	3	3	—	1	1	13

	AÑOS						TOTAL
	1894	1895	1896	1897	1898	1899	
Hernia inguinal doble.	1	—	—	—	1	3	5
» » derecha	1	2	3	4	1	—	11
» » izquierda	—	1	—	—	—	1	2
» » (sin decir lado)	2	—	1	—	3	—	6
» (sin más detalles)	—	—	1	—	—	—	1
Ascitis (sin más datos)	—	—	—	1	—	—	1
	12	6	9	6	7	6	46
VIII.—Aparato uro-genital:							
Nefritis	—	-	1	—	2	—	3
» aguda á frígore	—	—	—	—	1	—	1
» y anasarca.—(Escarlatina)	—	1	—	—	—	—	1
» post-escarlatinosa	5	2	—	1	—	—	8
Litiasis renal (6 años).	—	—	—	1	—	—	1
Cistitis	—	1	—	—	—	—	1
Orquitis.—Testículo izq.	—	—	—	—	—	1	1
» traumática	—	1	—	—	—	—	1
Epididimitis.	—	1	—	—	—	—	1
Uretritis	1	1	2	—	1	—	5
Balano-prostatitis	—	1	1	2	—	1	5
Vulvo-vaginitis	1	4	5	5	3	—	18
Hidrocele simple	—	—	—	—	1	1	2
Amenorrea	1	—	2	2	—	—	5
Hidrocele doble congénito	—	—	—	—	1	1	2
Parafimosis	—	—	—	1	1	—	2
	8	12	11	12	10	4	57
IX.—Aparato respiratorio:							
Coriza agudo.	—	—	—	1	—	—	1
Laringitis simple	—	—	3	—	—	—	3
» estridulosa	1	1	2	1	3	—	8
Laringo-estenosis	1	—	—	—	—	—	1
» tráqueo-bronquitis	4	—	—	2	4	5	15
Bronquitis aguda	34	52	49	54	90	30	309
» crónica	—	—	—	4	2	3	9
» generalizada	3	1	—	—	—	—	4
» capilar	1	—	—	—	—	1	2
» asmática	—	2	—	5	—	1	8
» asmatiforme	—	—	—	—	—	2	2
Congestión pulmonar	4	—	4	1	3	4	16
» » y bronquitis	1	1	—	2	3	1	8
» pleuro-pulmonar	2	2	—	—	—	—	4
Bronconeumonía	8	16	11	7	13	4	59
Pneumonía	1	1	-	—	—	—	2
» derecha.	1	—	—	—	—	1	2
» izquierda	4	—	—	—	—	—	4
Asma	1	1	6	2	—	2	12
» y enfisema crónico.	1	—	—	—	—	—	1
Pleuresía	—	1	1	—	—	—	2
» izquierda	—	1	—	—	—	—	1
» purulenta.	—	—	1	—	—	1	2
» » izq. y bronconeumonía	—	—	1	—	—	—	1
Asfixia por causa mecánica accidental.	—	—	—	1	—	—	1
Cuerpo extraño de la nariz	—	2	—	—	—	—	2
Adenopatía tráqueo-brónquica	—	—	—	—	5	5	10
	68	81	78	80	123	60	490

	AÑOS						TOTAL
	1894	1895	1896	1897	1898	1899	
X.—Sistema nervioso, central y periférico:							
Histeria	4	3	1	4	4	2	18
Epilepsia	1	8	1	1	5	4	20
» sintomática	—	—	1	—	—	—	1
Eclampsia esencial	6	—	1	1	—	—	8
Terrores nocturnos é incontinencia de orina	5	2	3	2	2	—	14
Tartamudez	—	—	2	—	—	—	2
Retardo de la palabra	—	—	1	—	—	1	2
Corea	2	—	—	1	1	2	6
» de Sydenham	—	—	1	2	—	—	3
» y reumatismo	—	—	1	—	—	—	1
Hidrocefalía	2	—	—	—	1	1	4
Microcefalía	—	1	—	—	—	—	1
Meningocele	—	1	—	—	—	—	1
Espina bífida	—	1	—	3	—	—	4
Encéfalopatía	—	—	1	—	—	—	1
Meningo-encefalitis crónica difusa, idiotismo	4	3	2	—	1	1	11
Meningitis. Muguet	—	1	—	—	—	—	1
Hemiplegia infantil espasmódica	—	3	2	3	—	2	10
Little. Diplegia espasmódica	1	—	1	1	—	1	4
Paraplegia post-infecciosa	1	—	2	—	—	—	3
Parálisis infantil	1	5	2	3	—	3	14
» obstétrica. Tipo radicular inferior	1	1	—	—	—	—	2
» » del radial y fractura del húmero.	—	2	—	—	—	—	2
» radicular superior traumática	2	—	—	1	—	—	3
» facial periférica post-operatoria	—	—	1	1	—	1	3
Neurastenia irritable	1	1	1	—	—	1	4
Lumbago	1	—	—	—	—	—	1
Enajenación mental post-típica	—	1	—	—	—	—	1
Neuritis simple á frígore	—	—	—	1	—	—	1
	32	35	24	26	14	19	150
XI.—Aparato locomotor. Huesos, articulaciones y músculos:							
Periostitis del maxilar	1	—	1	—	—	—	2
» tibia derecha	—	1	—	—	—	—	1
Osteo-periostitis alvéolo-dentaria	—	2	5	4	—	—	11
Osteomielitis extrem. inf. peroné con absceso	1	1	—	—	—	—	2
» tibia tercio inf.	—	1	—	—	—	1	2
» maxilar sup. lado derecho. Absceso	1	—	—	—	—	—	1
Deformación de las tibias	—	—	—	—	1	—	1
Fractura de la clavícula	—	—	—	1	1	—	2
» » » » izq.	—	—	1	2	—	—	3
» » » » der.	—	—	1	—	—	—	1
» del húmero izq.	—	—	—	2	—	—	2
» apófisis montante maxilar sup. der.	—	—	1	—	—	—	1
» antebrazo izq. tercio medio	—	—	1	—	—	—	1
» » » tercio inferior	—	—	1	—	—	—	1
» subperióstica antebrazo izq.	—	—	—	1	—	—	1
» extr. inf. del radio izq.	—	1		—	1	—	2
» antebrazo izq. completa tercio medio	—	—	—	1	—	—	1
» fémur izq.	—	—	1	1	—	—	2
» complicada falangeta índice izq.	—	—	1	—	—	—	1
» » » meñique der.	—	—	1	—	—	—	1
» tibia y peroné izq.	1	—	—	—	—	—	1
Claudicación dolorosa	1	—	—	—	—	—	1
Distorsión tibio-tarsiana izq.	1	1	—	—	—	1	3
Luxación del codo izq.	1	—	—	1	—	—	2

	AÑOS						TOTAL
	1894	1895	1896	1897	1898	1899	
Luxación hombro izq.	—	—	—	—	1	—	1
» cadera izq.	—	—	—	—	—	1	1
Artritis traumática hombro izq.	—	2	1	1	1	1	6
» supurada rodilla izq.	—	2	—	1	—	—	3
Anquilosis escápulo-humeral	1	—	1	1	—	—	3
	8	11	16	14	5	4	58

XII.—Piel y tejido celular:

	1894	1895	1896	1897	1898	1899	TOTAL
Sarna	5	8	2	3	7	1	26
Tricoficia del cuero cabelludo	5	2	—	—	—	—	7
Pelada	2	—	1	—	—	—	3
Vitiligo	1	1	—	—	—	—	2
Prurigo de Hebra	3	2	3	—	—	1	9
Psoriasis	1	—	—	—	—	1	2
Lichen	—	—	1	—	—	—	1
Escrófula	—	—	6	—	—	—	6
Interhigo	1	3	4	1	—	—	9
Forunculosis	—	3	3	7	2	—	15
Ectima	—	2	3	—	—	—	5
Eczema	3	—	—	2	1	—	6
» simple	6	16	4	2	—	3	31
» en placas	2	1	1	—	—	—	4
» seborreico	7	31	17	6	1	—	62
» impetiginoso	3	46	18	—	2	—	69
Impétigo	10	19	8	3	1	3	44
» del cuero cabelludo	—	1	9	4	—	2	16
Eczema rubra	—	—	1	—	—	—	1
Eritema nudoso	—	—	—	2	2	—	4
Abcesos subcutáneos múltiples	3	3	2	—	—	1	9
» » muslo izq.	1	—	1	1	1	1	5
» » región glútea	—	1	3	—	—	1	5
» » pierna derecha	—	1	2	2	1	5	11
Hematoma infectado región ant. brazo	—	—	1	—	—	—	1
Cefalhematoma	—	—	1	—	—	—	1
Flemón dorso mano derecha	—	—	—	—	1	—	1
	54	140	91	33	19	19	356

XIII.—Ganglios linfáticos:

	1894	1895	1896	1897	1898	1899	TOTAL
Adenitis simple	1	1	1	—	1	—	4
» cervical	—	2	1	—	2	1	6
» submaxilar	1	1	7	1	1	—	11
» supurada submaxilar	1	4	1	3	3	—	12
» » del cuello	2	1	6	1	4	—	14
» » submental	—	—	2	1	—	1	4
» » preauricular	—	1	2	—	—	—	3
» » axilar izquierda	—	—	6	1	1	—	8
» » inguinal izquierda	—	1	2	—	1	—	4
» » (sin más detalles)	1	—	2	—	—	—	3
Adenoflemón del cuello	1	—	—	1	2	1	5
» » región parotídea	—	—	—	1	2	—	3
Poli-adenitis cervical	—	—	—	—	1	—	1
Adenoma del cuello (?)	—	—	1	—	—	—	1
	7	11	31	9	18	3	79

	AÑOS 1894	1895	1896	1897	1898	1899	TOTAL
XIV.—Organos de los sentidos:							
Otorrea	1	1	—	—	—	—	2
Otitis supuradas.	—	—	3	—	1	3	7
Mastoiditis supuradas	1	—	—	—	—	—	1
Conjuntivitis purulenta del recién nacido.—Ambliopía.	1	—	—	—	—	—	1
Oftalmía	—	1	—	—	2	1	4
Herida de la córnea é iris ojo izq.	—	1	—	—	—	—	1
Ozena	—	1	—	—	—	—	1
Epistaxis.	—	1	—	—	—	—	1
Hipertrofia amigdaliana	—	1	—	—	—	—	1
Chalagion párpado inferior izq.	—	—	1	—	—	—	1
Atrofia papilar doble por neuritis	—	—	—	—	—	1	1
	3	6	4	—	3	5	21
XV.—Traumatismos:							
Contusiones región supraorbitaria izq.	1	—	1	1	1	—	1
» de la nariz	—	1	—	—	1	—	2
» del abdomen.	—	1	—	—	—	—	1
» mano izq.	—	—	1	1	—	—	2
» » der.	—	—	1	—	—	—	1
» hombro der.	—	—	1	—	—	—	1
» codo izq.	—	—	—	1	—	—	1
» rodilla.	—	1	—	—	1	—	2
» antebrazo izq	—	1	—	1	—	—	2
Herida pie maleolo externo der.	—	1	—	1	—	—	2
» párpado superior der.	—	—	1	—	1	—	2
» región frontal izq.	—	—	—	4	2	1	7
» » »	—	—	3	—	—	—	3
» contusa cuero cabelludo	—	—	1	—	2	—	3
» » región frontal	—	1	1	1	—	—	3
» » palma mano der.	—	—	1	—	2	—	3
» cortante de la cara	1	—	1	1	1	—	4
» » rodilla derecha	—	1	1	—	—	—	2
» » pierna der.	—	1	—	2	1	—	4
» » mano izq.	—	—	1	1	—	1	3
» » dorso pie izq.	1	1	3	1	4	1	11
» lacero-contusa región temporo-frontal izq. .	—	—	—	—	1	—	1
» » » lengua	—	—	—	—	1	—	1
» » » labio superior	—	2	—	1	—	—	3
» » » velo paladar.	—	1	—	—	—	—	1
» » » cuero cabelludo . . .	—	—	1	—	1	—	2
» punzante por cuerpo extraño aguja (no dice dónde).	—	1	—	—	—	—	1
	3	13	18	16	19	3	72
XVI.—Quemaduras:							
Quemaduras de segundo grado	1	—	2	1	—	—	4
» » » » frente y brazo der. .	—	1	—	—	—	1	2
» » » » pierna izq.	—	1	—	—	—	—	1
» » » » los dos pies	1	—	—	—	—	—	1
» » tercer » región glútea y muslo izq.	—	1	1	—	—	—	2
» » » » las dos piernas . . .	—	—	1	1	—	—	2
» » » » antebrazo der. y pie der.	—	1	—	—	—	—	1
» » » » pared abdominal. . .	—	—	2	—	—	—	2

	AÑOS						TOTAL
	1894	1895	1896	1897	1898	1899	
Quemaduras brazo y antebrazo	—	1	—	—	1	—	2
» de primer grado brazo izq.	—	-	—	—	1	—	1
» » » » labio superior . . .	—	—	—	—	—	1	1
	2	5	6	2	2	2	19
XVII.—Afecciones varias:							
Mastitis	—	—	—	—	1	1	2
Angioma del cuero cabelludo.	3	1	2	—	—	—	6
Pie-bott varus equino congénito.	2	1	—	—	—	5	8
Genu-valgum	—	1	1	—	—	—	2
Panadizos	1	1	2	2	1	—	7
Ulceras de las piernas.	—	1	—	—	—	—	1
Polidactilia	1	—	—	—	1	—	2
Imperforación del ano (operado á las 36 h., curado) el otro falleció	† 1	—	1	—	—	—	2
Quiste dermoideo	—	—	—	—	—	1	1
Mordedura de perro	—	—	—	—	—	1	1
Onanismo.	2	—	1	—	—	—	3
» y espermatorrea	—	1	—	—	—	—	1
Fístula congénita del cuello.	—	—	—	—	1	—	1
	10	6	7	2	4	8	37

Enfermos cuyo diagnóstico no ha sido anotado. . . 1.010

Resumen de los cuadros anteriores

I.—Intoxicaciones agudas	—
II.—Toxi-infecciones agudas.	375
III.—Toxi-infecciones crónicas	105
IV.—La tuberculosis	154
V.—Aparato circulatorio	7
VI.—Aparato digestivo y anexos.	869
VII.—Abdomen	46
VIII.—Aparato uro-genital	57
IX.—Aparato respiratorio.	490
X.—Sistema nervioso central y periférico.	150
XI.—Aparato locomotor	58
XII.—Piel y tejido celular.	356
XIII.—Ganglios linfáticos	79
XIV.—Organos de los sentidos.	21
XV.—Traumatismos	72
XVI y XVII.—Quemaduras y afecciones varias	56 = 2,895
Enfermos cuyo diagnóstico no ha sido anotado	= 1,010
	3,905

La Clínica de Niños del Hospital de Caridad

Varones de 3 á 15 años

1.º de julio de 1899 á 31 de diciembre de 1906

	Años 3—5	5—10	10—15	Total
I.—Intoxicaciones agudas:				
Alcoholismo agudo	—	—	1	1
Intoxicación por el chamico Datura Stramonium	2	—	—	2
	2	—	1	3
II. Toxi-infecciones agudas:				
Escarlatina. Ostiomielitis pierna	1	—	—	1
» Nefritis. Broncopneumonía	—	1	—	1
» descamación Absceso subperióstico reg. temp	—	—	1	1
Varicela	—	—	1	1
» Nefritis aguda	—	1	—	1
Vacuna	—	—	1	1
Púrpura infecciosa primitiva	—	—	1	1
Erisipela de la cabeza	—	1	—	1
» » » cara.—Flemón de la órbita	1	—	—	1
Fiebre tifoidea	7	21	16	44
» » abscesos subcutáneos	—	—	1	1
» » otitis supurada	—	1	—	1
» » apendicitis	—	—	1	1
» » brancopneumonía	1	—	—	1
» » » tuberculosa	—	—	2	2
» » pleuro-broncopneumonía	—	—	1	1
» » tortícolis agudo	—	—	1	1
» » Meningitis	—	—	1	1
» » hemorrágica	—	—	2	2
Reumatismo articular agudo	—	3	10	13
» » » corea benigna	—	1	—	1
» » » endocarditis intensa	—	—	1	1
Claudicación dolorosa post reumatismal	—	1	—	1
Grippe	—	3	3	6
» congestión pulmonar	—	1	1	2
» meningitis	—	1	1	2
Difteria —Angina	—	1	—	1
Tos convulsa	—	1	—	1
Paludismo	—	—	1	1
» Paperas submaxilares	—	—	1	1
Tétano	—	—	1	1
» herida del pie	—	1	—	1
Sépticopiohemia	—	—	1	1
	10		49	97

	AÑOS			TOTAL
	3-5	5-10	10-15	
III.—Toxi-infecciones crónicas.—Enfermedades de la nutrición:				
Linfatismo	1	—	2	3
Escrofulosis	—	2	—	2
Adenoidiano (1 de 2 1/2 años)	—	1	—	2
» Bronquitis crónica	—	1	—	1
Raquitismo—Broncopneumonía.—Meningitis ag.	—	1	—	1
Sífilis hereditaria tardía	—	1	2	3
» adquirida.—Chancro del pene	1	—	—	1
» laríngea hereditaria	—	—	1	1
» hereditaria	—	1	—	1
» adquirida. Pederasta pasivo. Período 2.º	—	2	2	4
	2	9	7	19
IV.—La tuberculosis:				
Tuberculosis generalizada	1	—	—	1
» ganglionar generalizada	—	1	—	1
» pulmonar	2	5	16	23
» » Peritonitis tuberculosa	—	1	—	1
» laríngea	—	—	2	2
» peritoneal	—	1	—	1
» » forma ascítica	2	—	2	4
» abdominal	1	—	—	1
» » Tabes mesentérico	—	—	1	1
» pleuro peritoneal-exudativa	—	—	1	1
» cerebral (1 de 2 años)	—	—	—	1
» meníngea	2	2	1	5
» » y coxalgia derecha	—	1	—	1
» cerebral y » »	1	—	—	1
» enquistada de la vagina	1	—	—	1
» del epidídimo.—Hidrocele	1	—	—	1
» broncopneumonía	—	3	2	5
» pleuro broncopneumonía.—Ascitis	—	—	1	1
Ostreo-artropatía hipertrofiante tuberculosa	—	1	—	1
Poli-artritis tuberculosa.—Luxación de la cadera	—	1	—	1
» » » crónica	1	2	3	6
Coxalgia derecha	—	—	3	3
» » primer período	—	—	1	
» » Ostiomielitis tuberc. Tibia izq. Húm. der.	—	1	—	
» » Anquilosis témporo-máx. Trismus de origen cerebral	—	—	1	1
» » Escarlatina	—	—	1	1
» » Absceso frío del muslo	—	1	—	1
» izquierda	10	15	6	31
» » con fístulas	2	2	1	5
» » absceso región glútea	—	1	—	1
» » Apendicitis	—	—	1	1
Artritis tuberculosa hombro izq.	—	2	—	2
» » codo »	—	—	1	1
» » rodilla der	1	2	3	6
» » » izq	—	1	—	1
Osteo-artritis tuberculosa del tarso derecho	1	1	1	3
» » » » izq.	1	5	4	10
» » tibio tarsiana izq.	1	4	1	6
Osteitis tuberculosa antebrazo der. absceso frío	—	1	—	1
Mal de Pott cervical	—	3	3	6
» » cérvico dorsal	—	—	1	1
» » dorsal.—Absceso por congestión	1	1	—	2
» » dorso lumbar (1 de 2 años)	1	—	—	1
» » dorsal absceso por congestión flanco derecho	—	2	—	2

	AÑOS 3—5	5—10	10—15	TOTAL
Mal de Pott dorsal	1	—	—	1
» » » » Coxalgia der.	—	—	1	1
» » » » meningo-mielitis transversal	—	1	—	1
» » » » monoplegia crural	—	—	1	1
Adenitis tuberculosa del cuello (forma gigante)	—	1	—	1
» » » » — —	—	5	1	6
» » axilar	—	1	—	1
» » submaxilar supurada	—	—	2	2
» » crural »	—	1	1	2
» » » linfangitis pierna	—	1	—	1
» » »	—	1	—	1
» » inguinal supurada	1	1	2	4
» » poplítea	—	—	1	1
Absceso frío de la pared abdominal	1	2	—	3
Úlcera tuberculosa del cuello	—	—	1	1
	33	74	68	175
V.—Aparato circulatorio:				
Endocarditis reumatismal	—	—	1	1
» » Bronconeumonía	—	—	1	1
» crónica reumatismal; insuficiencia mitral	—	—	3	3
» » Reumatismo poli-articular—*recaída.*	—	—	1	1
» corea reumatismal	—	—	1	1
Insuficiencia y estrechez mitral	—	—	1	1
» mitral.—Tuberculosis pulmonar	—	—	1	1
Endopericarditis aguda reumatismal	—	1	1	2
» crónica	—	—	1	1
» » reumatismal	—	—	1	1
» » Reum. art. (*recaída*)	—	—	1	1
Malformación cardíaca.—Tipo Roger. (2 1/2 años)	—	—	—	1
» » » » Prurigo crónico	—	1	—	1
Estrechez mitral	—	1	—	1
Pleuro-pericarditis aguda	—	—	1	1
Enfermedad mitral	—	—	1	1
» » Sínfisis pericárdica	—	—	2	2
Poliserositis reumatismal	—	1	—	1
Aneurisma traumática radial der.	1	—	—	1
	1	4	17	23
VI.—Aparato digestivo y anexos:				
Labio leporino simple, lado izq.	1	—	—	1
» » completo	1	—	1	2
» » doble (18 meses)	—	—	—	1
Gingivitis gangrenosa post-sarampión	1	2	—	3
Estomatitis úlcero-membranosa	1	1	—	2
» y glositis vegetantes.—Condilomas perianales.	—	1	—	1
Faringitis crónica	—	—	1	1
Angina pultácea	—	1	1	2
Amigdalitis flemonosa	1	1	1	3
Hipertrofia amigdaliana y vegetaciones adenoideas	2	1	1	4
Absceso retrofaríngeo	—	1	—	1
Angina aguda eritematosa	—	—	1	1
Ránula sublingual	—	1	—	1
Indigestión	—	—	2	2
Dilatación del estómago	—	1	—	1
Infección gastrointestinal.—Faringitis	—	—	1	1
» » (19 meses)	—	—	1	2
Dispepsia » crónica	2	—	—	2
Enteritis coleriforme (2 1/2 años)	—	—	—	1

	AÑOS			TOTAL
	3—5	5—10	10—15	
Enteritis crónica	2	—	—	2
Entero-colitis disenteriforme	—	1	—	1
Colitis	—	—	1	1
Apendicitis	2	3	8	13
» Peritonitis supurada enquistada	1	2	—	3
» » generalizada	—	3	2	5
» crónica	—	—	2	2
Fístula de origen apendicular	—	—	1	1
» » » peritoneal.—Peritonitis aguda	—	1	—	1
» gástrica peritonitis parcial	—	1	—	1
» rectal	—	1	—	1
» perianal	—	2	—	2
Fiebre gástrica	—	2	—	2
Oclusión intestinal	—	—	1	1
Obstrucción intestinal	—	—	1	1
Peritonitis y nefritis aguda	1	—	—	1
Ascitis	1	—	—	1
Quiste hidático del hígado	2	5	10	17
» » » » y del pulmón	1	—	—	1
» » » » y de los dos pulmones	—	—	1	1
» » » » y pulmón der.	—	1	—	1
Hepatitis aguda	—	—	1	1
Quiste hidático del hígado supurado	—	—	3	3
» » » » ictericia crónica	—	1	—	1
Neoplasma del hígado (?)	—	—	1	1
Ictericia emotiva	1	—	—	1
» por compresión biliar. ¿Ganglio tuberc. ó Quiste hid.?	—	—	1	1
Condilomas simples peri-anales	—	2	3	5
Ano contra-natura ilíaco por mordedura de cerdo (2 1/2 años).	—	—	—	1
Tenia	—	—	1	1
Ascarides lumbricoides	—	1	—	1
	20	36	51	107

VII.—Abdomen:

	3—5	5—10	10—15	TOTAL
Hernia inguinal derecha	2	6	3	11
» » » estrangulada	2	—	1	3
» » » eventración	—	1	—	1
» » izquierda	3	1	6	10
» » » congénita	—	—	1	1
» » » quiste cordón. (18 meses)	—	—	—	1
» » » recidiva post-operatoria	—	—	1	1
» crural der. Pericarditis seca	—	—	1	1
Hidroepiplocele	—	—	1	1
Punta de hernia	—	1	—	1
Flemón de la fosa ilíaca interna der.	1	1	3	5
	8	10	17	36

VIII.—Aparato uro-genital:

	3—5	5—10	10—15	TOTAL
Nefritis aguda	1	2	—	3
Nefroptosis derecha. Trastornos digestivos á refret. simulando apendicitis	—	—	1	1
Nefritis aguda y bronconeumonía	1	—	—	1
» post-escarlatinosa. Uremia	—	1	—	1
» crónica	—	2	2	4
Cáncer primitivo del riñón. Epitelioma Woolffiano	—	1	—	1
Cólico nefrítico	—	—	1	1
Estrofia de la vejiga	—	1	—	1
Cálculo vesical 29 grs., 9 grs., 28 grs., 5 grs., (1 de 16 años)	—	3	1	4
» » cistitis crónica, 42 grs	—	—	1	1

	AÑOS			TOTAL
	3—5	5—10	10—15	
Traumatismo uretra por fractura del pubis	—	—	1	1
Fístulas renal y uretral post-operatorias	—	—	1	1
Uretritis aguda	—	1	—	1
» blenorrágica	—	—	2	2
Fimosis (2 1/2 años)	1	1	1	3
Parafimosis (16 años)	—	1	—	1
Condilomas balano-penianos	—	—	1	1
Poliuria y polidipsia. Diabetes insípida	—	1	—	1
» esencial. » »	—	—	1	1
Varicocele izq.	—	—	1	1
» doble quiste del cordón	—	—	1	1
Hidrocele	—	2	—	2
Quiste del cordón derecho	—	1	1	2
Orquitis traumática supurada	—	1	—	1
» Testículos atrofiados	—	1	—	1
Ectopía testicular doble. Hernia inguinal doble	—	—	1	1
» » »	—	1	1	2
» » dolorosa. Hernia inguinal doble	—	—	1	1
» » izq.	1	—	—	1
» » » orquitis de ese testículo. Hipospadias balánico	—	1	—	1
	4	21	19	44

IX.—Aparato respiratorio:

	3—5	5—10	10—15	TOTAL
Faringo-laringo bronquitis	—	—	1	1
Catarro bronquial	—	1	1	2
Bronquitis congestiva (1 1/2 años)	1	2	3	6
Papiloma de la laringe ¿Síf. hered. tardía?	—	—	1	1
Congestión pulmonar (2 años)	—	4	5	9
» » y bronquitis	2	—	—	2
Bronconeumonía	10	4	1	15
» consecutiva á asfixia por sumersión	1	—	—	1
Pneumonía	1	1	1	3
» Congestión pulmonar	—	—	1	1
» Vértice der. Otitis aguda supurada	—	1	—	1
Pleuro-bronconeumonía. Otitis supurada	—	—	1	1
Pleuresía serofibrinosa izquierda	—	5	1	6
» » derecha	—	—	2	2
» purulenta	2	1	1	4
» » Mastoiditis sup. (2 años)	—	—	—	1
» » derecha	1	—	—	1
» » fístula pleuro-pulmonar	—	2	—	2
» » crónica izquierda	—	—	1	1
» inter-lobar	1	—	—	1
Esclerosis pleuro-pulmonar—fístula pleural	—	1	—	1
Asma esencial. Eczema crónico	—	—	1	1
Pseudo asma	—	—	1	1
Quiste hidático pulmón	—	1	—	1
» » » der.	—	1	3	4
» » » izq.	—	2	1	3
	19	26	26	72

X.—Sistema nervioso, central y periférico:

	3—5	5—10	10—15	TOTAL
Encefalitis. Eclampsia sintomática	1	—	—	1
Esclerosis cerebral	1	2	—	3
» » Idiocía	3	2	—	5
Idiocía	—	1	2	3
Degeneración mental	—	1	—	1
Absceso del cerebro consecutivo á herida de bala	—	—	1	1

	AÑOS 3—5	5—10	10—15	TOTAL
Tumor cerebral. Hidrocefalía. ¿Quiste hidát.?	1	1	—	2
Hidrocefalía	1	1	—	2
Conmoción cerebral	2	2	1	5
Hemiplegia infantil espasmódica por hundimiento craneano .	—	1	—	1
» » »	—	—	1	1
Epilepsia	1	7	3	11
» impulsiva.	—	—	1	1
Histero-Epilepsia.—Estado de mal	—	—	1	1
Ataques epileptiformes	—	—	2	2
» » paraplegia	—	—	1	1
Eclampsia	1	—	—	1
Corea de Sydenham.	—	1	1	2
» infección previa	—	1	—	1
» Reumatismo anterior	—	—	1	1
Nervosismo	—	—	1	1
Cerebrastenia	—	—	1	1
Quiste hidático intracraneano	1	—	1	2
Meningitis aguda.	2	1	—	3
Sordomudez de la segunda infancia	1	—	—	1
Incontinencia nocturna de la orina	1	1	5	7
Pseudo-tétano.	—	—	1	1
Compresión medular.	—	—	1	1
Parálisis infantil.—Triplegia	1	—	—	1
» » Paraplegia	1	1	—	2
» » Pie-bot paralítico	—	1	—	1
» » . . . . . . (2 niños de 2 1/2 años)	1	—	—	1
Paraplegia espasmódica congénita familiar.	1	1	—	2
» »	—	2	—	2
Enfermedad de Little	1	—	—	1
Contractura biceps brazo izq.	—	—	1	1
Zona intercostal.	—	—	1	1
Ciática	—	1	1	2
	20	28	28	77

XI.—Aparato locomotor:

	3—5	5—10	10—15	TOTAL
Fractura del cráneo	1	8	5	14
» » » hundimiento bóveda	1	1	—	2
» » » base.	—	1	2	3
» » frontal y radio izquierdo. Contusión abdomen .	—	—	1	1
» clavícula izq. tercio ext.	—	1	1	2
» expuesta huesos propios de la nariz	—	1	—	1
» del húmero izquierdo y tercio medio	—	2	2	4
» » » extr. inf.—Luxación del codo	—	1	—	1
» » » tercio inf izquierdo	1	—	1	2
» » » y del fémur	—	1	—	1
» » codo derecho	—	2	1	3
» » » y luxación	—	—	2	2
» » » » Consolidación viciosa . . .	—	2	—	2
» » » » » . . .	—	3	—	3
» » » gangrena.	1	—	—	1
» » olecranon.	—	—	1	1
» » antebrazo (doble)	—	—	1	1
» » » tercio medio izquierdo	—	3	1	4
» de los radios extrainferiores	—	1	1	2
» doble de Ponteau.	—	1	1	2
» expuesta segunda falange del anular	1	—	—	1
» » maxilar inferior	1	1	—	2
» múltiple » »	1	—	—	1
» del pubis	—	1	—	1
» » fémur izq. tercio medio . . . . . (2 años)	4	11	6	22
» » » derecho	—	2	—	2

	AÑOS			TOTAL
	3—5	5—10	10—15	
Fractura de la pierna izquierda	1	2	7	10
» » » » » expuesta	—	6	5	11
» » » » derecha	—	2	2	4
» » » » » expuesta	—	1	1	2
» » » » » doble	—	—	1	1
» » » tibia izquierda	—	1	—	1
» » » » tercio medio izq.	—	1	1	2
» » » » tercio inf. der.	—	1	—	1
» del peroné izq.	—	—	1	1
» » tarso expuesta infectada lado izq.	—	—	2	2
» » fémur tercio inferior derecho	1	1	1	3
» » húmero » » »	—	1	1	2
» » codo expuesta izq.	—	1	—	1
» » radio der. extr. inf.	—	—	1	1
» » antebrazo izquierdo expuesta	—	1	—	1
» » » » » fístula consecutiva	—	—	1	1
» » » » » infectada	—	1	—	1
Osteomielitis del omoplato	—	—	1	1
» » húmero der. ext. sup.	—	1	2	3
» » radio . . . . . . (2 años—2 1/2 años)	—	—	—	2
» » fémur	3	8	2	13
» » » extr. sup.	—	1	1	2
» » hueso ilíaco . . . . (2 años	—	—	—	1
» crónica	—	1	1	2
» » pierna	—	—	1	1
» » tibia	2	7	4	13
» » peroné	—	1	—	1
» » tibia fractura espontánea . . . (2 años)	—	—	—	1
» aguda » izq.	—	2	2	4
Osteonia frontal simulando un cuerno	—	—	1	1
Osteo-sarcoma del cráneo	1	—	—	1
Sarcoma maxilar superior	—	—	1	1
Herida de la tibia izq.	—	1	—	1
Escoliosis	—	1	—	1
Luxación de la cabeza del radio	—	—	1	1
Entorsis del cuello del pie	—	—	3	3
Artritis múltiples	—	1	—	1
» cadera supurada traumática	—	—	1	1
» rodilla »	—	—	2	2
» tibio-tarsiana supurada. Piohemia	—	—	1	1
» temporo-maxilar. Anquílosis	—	—	1	1
Luxación post. del codo derecho	—	3	—	3
Carie de los huesos propios de la nariz	—	—	1	1
Ostiomielitis del húmero izq. ext. inf.	—	—	1	1
» » fémur der. ext. inf.	—	—	1	1
» » » » fract. espontánea	—	1	—	1
» de la tibia » ext. sup	1	—	—	1
» » » » izq. » inf.	—	1	—	1
» del metacarpio izq. por herida de bala	—	—	1	1
» falange terminal. dedo gordo pie der.	—	1	—	1
Luxación escápulo-humeral	—	1	—	1
Periotistis traumática del frontal	—	1	2	3
	21	92	81	200

XII.—Piel y tejido celular:

Prurigo de Hebra	—	2	1	3
» crónico. Urticaria	1	—	1	2
Piodermitis . . . . (2 años)	1	—	2	3
Psoriasis	—	2	1	3
Sarna	2	5	3	10
Impétigo generalizado . . . . (2 años)	—	1	—	2

	AÑOS			TOTAL
	3—5	5—10	10—15	
Eczema generalizado	—	1	—	1
» cara (2 1/2 años)	—	2	—	3
» cuero cabelludo	—	1	1	2
» en placas	—	—	1	1
» seborreico	—	1	—	1
» crónico	—	2	—	2
Anasarca esencial?	—	—	1	1
Eritema medicamentoso	—	—	1	1
Tiña	1	4	1	6
Edema inflamatorio del muslo	—	—	1	1
Abscesos múltiples de origen septicémico	1	1	—	2
» » subcutáneos (20 meses)	—	—	1	1
» de la pared abdominal	—	1	—	1
» » » pierna	—	—	1	1
» del pie	—	—	1	1
» peritrocanteriano	—	2	—	2
» fungoso, piodermitis	1	—	—	1
» de la fosa infraespinosa izquierda	—	1	—	1
» » » pared costal	—	1	—	1
» del cuero cabelludo	—	1	—	1
» » pie, linfangitis	—	—	1	1
» de la región sacra (origen óseo?)	1	—	1	2
Flemón del antebrazo	—	1	2	3
» de la mano derecha	—	—	1	1
» » » »	1	1	—	2
» profundo del cuello.—Estado epiléptif post. op.	—	—	1	1
» del muslo	—	1	—	1
» prerotuliano	1	2	—	3
» difuso del muslo.—Meningitis aguda	—	—	1	1
» » de la pierna	—	1	—	1
» del pie	1	—	—	1
» glúteo derecho	—	2	1	3
Hematoma supurado de la región frontal	—	1	—	1
» » » » » occipital	—	—	1	1
Linfangitis del miembro inferior derecho.—Ictericia infecciosa	1	—	1	2
Enfisema generalizado	—	1	—	1
Sarcomatosis cutánea	—	—	1	1
Flemón difuso del cuello, abierto el mediastino	1	—	—	1
	13	38	28	82

XIII.—Ganglios linfáticos:

	3—5	5—10	10—15	TOTAL
Adenopatía tráqueo-brónqnica	2	—	—	2
Adenitis cervical supurada	—	1	—	1
» axilar	1	—	—	1
» ilíaca	—	—	1	1
» crural simple derecha	1	3	—	4
» ingninal supurada	—	2	1	3
Adeno-flemón inguinal	—	—	1	1
» » fosa ilíaca derecha	—	1	—	1
» » submental	—	1	—	1
» » submaxilar	—	—	1	1
» » » Nefritis aguda	—	1	—	1
» » » Erisipela en la cara	1	—	—	1
	5	9	4	18

XIV.—Órganos de los sentidos:

	3—5	5—10	10—15	TOTAL
Otitis supnrada doble	1	—	1	2
» media supurara crónica izq. Mastoiditis	—	1	—	1
» » » aguda » (2 años)	—	2	—	3

	AÑOS			TOTAL
	3—5	5—10	10—15	
Otitis media supurada aguda izq. Mastoiditis. Parál. facial. .	1	1	—	2
Mastoiditis aguda	2	1	—	3
Otitis supurada.—Queratitis crónica	—	—	1	1
Infección corneal —Herida penetrante del ojo izq.	—	1	—	1
Atrofia del globo ocular.—Herida esclero-corneal	—	1	—	1
Leucoma central adherente	—	—	1	1
Queratitis intersticial	—	1	1	2
» flictenular. Perforación córnea.—Hernia del iris consecutiva al Sarampión	—	—	1	1
Conjuntivitis granulosa	—	1	—	1
Catarata traumática.	—	—	1	1
» congénita	1	—	—	1
Hidroftalmia congénita familiar.—Glaucoma infantil	—	1	—	1
Estafiloma opaco de la córnea izquierda.	—	—	1	1
Sarcoma del ojo derecho	—	—	1	1
» » » Enucleación.—Reproducción.	—	1	—	1
» » tabique nasal.	—	1	—	1
Neuritis óptica doble.	—	1	—	1
	5	13	8	27
XV.—Traumatismos:				
Traumatismos múltiples	—	—	1	1
» del cráneo.	—	3	3	6
» » ojo izquierdo	—	—	1	1
» » brazo	—	—	1	1
» » antebrazo	—	—	1	1
» » hombro	—	—	1	1
» » codo	—	—	1	1
» » pie	—	—	1	1
» tóraco-abdominal	—	1	—	1
» del brazo, fract. pierna.—Desgarro muslo lado izquierdo	1	—	—	1
» de la región peri-orbitaria derecha	—	—	1	1
Patada de caballo en el hipogastrio	—	—	1	1
Contusión abdominal	—	—	2	2
» » Peritonitis	—	1	—	1
» de la región glútea	—	—	1	1
» » » cadera	1	—	1	2
» » » rodilla.	—	—	2	2
» del pie	—	—	1	1
» » » derecho	—	—	2	2
» » tórax.—Fractura de costillas	—	1	—	1
» » »	—	2	—	2
Hematoma traumático del músculo braquial ant. derecho . .	—	—	1	1
Mordedura de perro, de la pierna	—	—	1	1
» » » del brazo izquierdo	—	1	—	1
» » » » antebrazo	—	—	1	1
Herida penetrante del tórax.	—	—	1	1
» » mejilla derecha —Ruptura arterial	1	—	—	1
» » abdomen. —Peritonitis sobreaguda. . . .	—	—	1	1
» de bala abdomen	—	—	1	1
» » » muslo	—	—	1	1
» » » Perforación de la vejiga	1	—	—	1
» cortante del cuero cabelludo	1	1	1	3
» » región superciliar	—	1	—	1
» » nariz	—	—	1	1
» » frente	1	—	—	1
» » tendón de Aquiles	—	—	1	1
» » región lumbar.	—	—	2	2
» » antebrazo	—	—	1	1
» » pliegue codo der. Sección de la art. humeral .	—	—	1	1

	AÑOS 3—5	AÑOS 5—10	AÑOS 10—15	TOTAL
Herida cortante menton	—	—	1	1
» » pie	—	1	1	2
» contusa cara	—	3	1	4
» » muslo	—	—	2	2
» » pierna	—	—	2	2
» » pie	—	—	2	2
» lacero-contusa muslo izquierdo	—	1	1	2
» » dedos	2	1	3	6
» » piel abdominal	—	—	1	1
» » mano y muslo izquierdos	—	—	1	1
» » múltiples	—	—	1	1
» infectadas múltiples	—	—	1	1
» » anular izq.	—	—	1	1
» » pie izq. Meningitis aguda	—	1	—	1
» desgarrada pierna izq	—	—	3	3
» » antebrazo der.	—	1	1	2
» » pie.	—	—	1	1
» » prepucio	—	1	—	1
» punzante de la pierna izq.	—	—	2	2
» » » » » der.	—	—	1	1
» » del muslo izq. Aneurisma difuso infect.	—	—	1	1
» » y cortante hueco poplíteo.	—	—	1	1
» de bala mano.	—	—	1	1
Hematoma abdómino-torácico—Ruptura del diafragma.	—	—	1	1
Amputación de la pierna por arrancamiento	—	1	—	1
Desgarro del pulpejo de la oreja izq.	—	—	1	1
» de la palma de la mano der.	—	1	—	1
Trituración de falanges.	1	1	4	6
Gangrena traumática pierna. Amputación	—	1	—	1
	9	24	70	103

XVI.—Quemaduras:

	3—5	5—10	10—15	TOTAL
Quemadura faríngea	1	—	—	1
» cara, primer grado.	—	—	1	1
» tórax, segundo grado.	—	—	1	1
» cuero cabelludo, primer grado	—	1	—	1
» cara, cuello y tórax, segundo grado	—	—	1	1
» mano y tercio inf. antebrazo izq.	—	—	1	1
» cuello, segundo grado	—	2	—	2
» generalizada, segundo grado	1	1	—	2
» de los dos muslos, segundo y tercer grados	—	—	1	1
» Edema de la glotis (18 años)	2	—	—	2
» escroto, segundo grado	—	1	—	1
Cicatriz viciosa por quemadura pierna izq.	—	1	—	1
» » » » axila der.	—	—	1	1
Quemaduras. Neuralgias cicatriciales	—	1	—	1
	4	7	6	17

XVII.—Afecciones varias:

	3—5	5—10	10—15	TOTAL
Trayecto fistuloso de la ingle izq. pos-operatorio.—Hernia.	1	1	—	2
» » » » región tirohiodea	—	—	1	1
Fístula braquial del cuello	—	—	2	2
Quiste submaxilar	—	—	1	1
Tumor abdominal	1	—	—	1
Sarcoma intraabdominal	—	1	—	1
» maxilar superior derecho	—	1	—	1
» » » izquierdo.	—	—	2	2
» » inferior	—	—	2	2

	AÑOS			TOTAL
	3—5	5—10	10—15	
Sarcoma encía . . . . (2 1/2 años)	—	—	—	1
Epitelioma encía	—	1	—	1
Epulix de la encía inferior.	—	1	—	1
Fibroma del dedo medio mano derecha	—	—	1	1
» preauricular.	—	1	—	1
Angioma de la cara.	1	—	—	1
Gliosarcoma	1	—	—	1
Pie-bott varo-equino doble congénito	1	—	—	1
» » » der. »	2	1	—	3
Sindactilia.	—	1	—	1
Congestión glándula tiroides	—	1	—	1
Picadura de víbora, infectada.	1	—	—	1
	8	9	9	27

AÑOS				TOTALES
De menos de 3	3—5	5—10	10—15	
24	184	423	489	1,120

Resumen

	De menos de 3	3—5	5—10	10—15	TOTALES
I.—Intoxicaciones agudas.	—	2	—	1	3
II.—Toxi-infecciones agudas.	—	10	38	49	97
III.—Toxi-infecciones crónicas. Enfermedades de la nutrición.	1	2	9	7	18
IV.—La tuberculosis	II	33	74	68	177
V.—Aparato circulatorio	I	1	4	17	23
VI.—Aparato digestivo y anexos.	IV	20	31	51	107
VII —Abdomen	1	8	10	17	36
VIII.—Aparato uro-genital (2 de 16 años»)	I	4	21	19	44
IX.—Aparato respiratorio.	III	19	26	26	72
X.—Sistema nervioso central y periférico.	1	20	28	28	77
XI.—Aparato locomotor	V	21	92	81	200
XII.—Piel y tejido celular.	III	13	38	28	82
XIII.—Ganglios linfáticos	—	5	9	4	18
XIV.—Organos de los sentidos.	I	5	13	8	27
XV.—Traumatismos	—	9	24	70	103
XVI y XVII.—Quemaduras y afecciones varias . . .	I	12	16	15	44

En el período de 1.° de julio de 1899 á 31 de diciembre de 1906 han ingresado á la Sala «San Luis» 1,120 enfermitos del sexo masculino de 3 á 15 años comprendidos 24 de menos de 3 años que por distintas causas fué necesario hospitalizar. Las enfermedades del aparato locomotor—huesos, articulaciones y músculos—han dado el máximum de ingresos (200).

El mayor número de ingresos corresponde á los niños de 10 á 15 años, le siguen los de 5 á 10.

La enfermedad que ha dado más ingresos de *3* á *5* años es la tuberculosis con **33**.

Las enfermedades que han dado más ingresos de *5 á 10* años son las del aparato locomotor con **92**; á ellas sigue la tuberculosis con **74**.

Las enfermedades que han dado más ingresos de *10 á 15* años, son las del aparato locomotor con **81**; á ellas siguen los traumatismos con **70** y la tuberculosis con **68**.

De ellos han fallecido **68**, lo que da un porcentaje de mortalidad de **6.07** %.

El máximum de mortalidad corresponde á la tuberculosis con un porcentaje de **19.3** %.

Todas las meningitis tuberculosas de los dos períodos han fallecido; un solo niño atacado de esa enfermedad fué dado de alta en el Servicio en muy grave estado, y falleció á los pocos días.

La Policlínica de Niños del Hospital de Caridad

Niños de ambos sexos—De 0 meses á 15 años

1.º DE JULIO DE 1899 — 31 DE DICIEMBRE DE 1906

I.—Intoxicaciones agudas:

Durante este período sólo han existido en Policlínica dos intoxicaciones, una por kerosene y otra por el chamico.

II.—Toxi-infecciones agudas:

	MESES						AÑOS							
	0–1		1—6		6—12		1—3		3—5		5—10		10—15	
	M.	V.	M.	V.	M.	V.	M.	V.	M.	V.	M.	V.	M.	V.
Erisipela del recién nacido	—	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
» de la cara	—	—	1	2	—	1	—	—	—	—	—	—	—	—
» » » pierna	—	—	—	—	—	1	—	1	—	—	—	—	—	—
» á repetición	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1	—
» generalizada.—Broncopneumonía	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1	—	—	—	—
Escarlatina	—	—	—	—	—	—	—	1	6	—	—	2	—	—
» angina gangrenosa	—	—	—	—	—	—	—	1	—	—	—	—	—	—
» » grave	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1	—	—	—	—
» Pseudo reumatismo escarlatinoso	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1	—	—
Sarampión	—	—	—	12	1	4	33	9	18	2	15	1	—	—
» y bronquitis	—	—	—	1	—	—	1	—	2	—	—	1	—	—
» y congestión pulmonar	—	—	—	—	1	2	2	2	4	1	—	—	—	—

Sarampión, congestión pulmonar y laringitis	—	—	—	2	1	1	2	1	1	3	—	—	—	—
» y bronconeumonía.	—	—	—	3	2	2	4	4	12	2	2	1	—	—
Viruela congénita	—	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
» septicemia post-variólica	—	—	—	—	—	—	1	—	—	—	—	—	—	—
» poli-artritis variólica	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1	—	—	—	—
» confluente.	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1	—	—
»	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1	—	—	—	—
Varioloide	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1	—	—	—
Varicela	—	—	1	1	1	2	2	2	1	1	2	1	—	—
» confluente generalizada.	—	—	—	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
» nefritis aguda.	—	—	—	—	—	—	—	—	1	—	—	—	—	—
Vacuna—fiebre de...	—	—	—	—	—	—	—	1	1	—	1	—	—	—
Vaccinidez	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1	—	—
Vacuna. Piodermitis	—	—	—	—	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Rubeola	—	—	—	—	—	—	2	1	—	—	1	1	—	—
Erupción vaccínica generalizada.	—	—	—	—	—	—	2	—	4	—	—	—	—	—
Coqueluche	—	—	10	6	24	16	58	22	44	34	30	29	20	28
» y bronquitis	—	—	2	1	2	2	2	2	4	1	2	1	—	—
» y congestión pulmonar	—	—	2	3	1	2	2	1	2	1	2	2	1	1
» bronconeumonía	—	—	—	2	1	1	6	6	2	2	2	1	—	—
Gripe	—	—	1	2	1	14	7	7	15	19	25	9	—	—
» bronquitis	—	—	—	—	—	—	—	—	4	1	3	—	1	—
» congestión pulmonar	—	—	—	—	—	—	3	1	2	—	1	1	2	—
Paperas	—	—	—	—	—	—	—	1	4	3	3	1	—	3
Tifoidea	—	—	—	—	—	—	1	2	1	2	17	10	1	2
Paludismo crónico	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1	2
Reumatismo poli-articular agudo	—	—	—	—	—	—	—	1	4	3	3	1	—	3
» » » » Endocarditis. Corea	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1	—	—	—
» muscular	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1	—	—	—	—
» tortícolis	—	—	—	—	—	—	—	—	1	1	—	—	—	—
Pseudo reumatismo post. inyección antidiftérica	—	—	—	—	—	—	—	1	—	—	—	—	—	—
Difteria. Angina	—	—	—	—	—	—	—	—	1	1	—	—	—	—
» Parálisis del velo del paladar.	—	—	—	—	—	—	—	1	—	—	—	—	—	—
Enfermedad de Wertoff. Púrpura simple	—	—	—	—	—	—	—	1	1	—	1	—	—	—
Púrpura infecciosa—Ictericia grave.	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	2	—	—
» » consecutiva á Ostioperiostitis alvéolo-dentaria	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1	—
Tétanos umbilical (11 días)	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
	1	2	17	36	36	48	128	79	135	81	112	67	28	39

Mujeres = 457 Varones = 352.—**Total = 809.**

	MESES						AÑOS							
	0–1		1–6		6–12		1–3		3–5		5–10		10–15	
	M.	V.	M.	V.	M.	V.	M.	V.	M.	V.	M.	V.	M.	V.
III.—Toxi-infecciones crónicas. Enfermedades de la nutrición:														
Atrepsia	1	—	1	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
» muguet	—	—	—	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Sífilis hereditaria	3	2	7	11	2	2	9	1	1	12	—	—	—	—
» » Esplenomegalia	—	—	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
» » Periostitis de las tibias	—	—	—	—	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—
» » Enfermedad de Parrot	—	—	—	2	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
» » Hidrocefalía	—	—	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
» » Bronquitis crónica	—	—	—	—	—	—	1	—	—	—	—	—	—	—
» » tardía	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	2	1
» » » papilomas linguales	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1
» » » gomas de la lengua y paladar	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1
» » forma erisipelatosa de la cara	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
» adquirida, pederastía pasiva	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1	—	3	—	5
» » chancro del pene	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1
» » » de la lengua	—	—	—	—	—	—	—	1	—	—	—	—	—	—
» » » del labio	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1
Raquitismo	—	—	4	5	5	4	10	10	5	3	1	1	—	—
» adeno-flemón submaxilar	—	—	—	—	—	—	1	—	—	—	—	—	—	—
» y bronquitis	—	—	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
» Hidrocefalía	—	—	—	—	—	—	1	1	—	—	—	—	—	—
» Broncopneumonía	—	—	—	—	—	1	1	—	—	—	—	—	—	—
» por vicio alimenticio	—	—	—	—	3	2	—	1	—	—	—	—	—	—
» Caquexia	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1	—	—	—
» Anemia	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1	—	—
» Parálisis raquítica	—	—	—	—	—	—	1	—	—	—	—	—	—	—
» retardo de la palabra y de la marcha	—	—	—	—	—	—	—	1	2	1	—	—	—	—
» » del desarrollo	—	—	—	—	—	—	1	1	—	—	—	—	—	—
Anemia esplénica pseudoleucémica	—	—	2	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
» »	—	—	2	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
» infantil	—	—	—	—	—	—	—	—	3	—	—	—	—	—

Anemia (16 años f.)	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	10	1
» clorosis	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Cloroanemia	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1	—	—	—
Clorosis	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	6	—
Atrofia infantil	—	—	—	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Infantilismo de Loran	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1	—	—
Miseria fisiológica	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1	—	—	—
Pubertad	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	13	—
Mixoedema.—Obesidad?	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1	—	—	—	—
»	—	—	—	—	—	—	—	—	1	—	—	—	—	—
Linfatismo	—	—	—	—	—	—	15	10	27	15	56	30	25	13
Adenoidianos	—	—	—	—	—	—	10	10	5	4	2	2	1	1
Escrofulosis	—	—	—	—	—	—	2	—	2	—	2	1	3	1
Artritismo	—	—	—	—	—	—	—	2	—	—	1	—	—	—
Dolores de crecimiento	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	2	3
Diabetes insípida, poliuria y polidipsia	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1	—	—
	5	2	19	21	11	9	52	38	46	37	65	40	63	29

Mujeres = 261 Varones = 176.—**Total = 437.**

IV.—La tuberculosis:

Tuberculosis incipiente	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	2	—
»	—	—	—	—	—	—	—	—	1	—	1	1	—	1
» generalizada	—	—	—	—	—	—	6	4	2	4	1	1	—	—
» » bronconeumonía	—	—	—	—	—	—	—	1	—	—	—	—	—	—
» » crónica	—	—	—	—	—	—	1	—	—	—	—	—	—	—
» » ganglionar	—	—	—	—	—	—	—	—	1	—	—	1	—	—
» » consecutiva al sarampión	—	—	—	—	—	—	1	—	—	—	—	—	—	—
» pulmonar (16 años, f)	—	—	—	—	—	—	1	7	1	1	2	2	6	3
» » Pneumonía caseosa	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1	—	—	—
» » y abdominal	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1	—	—
» peritoneal	—	—	—	—	—	—	1	5	1	1	—	—	—	3
» » y pleural	—	—	—	—	—	—	1	—	—	—	—	—	—	—
» meníngea	—	—	—	—	—	—	3	1	—	—	—	—	—	—
» cortical. Hemipleg. infantil espasmódica izq.	—	—	—	—	—	—	—	—	1	—	—	—	—	—
» pleuro-hepática	—	—	—	—	—	—	—	—	1	—	—	—	—	—
» pulmonar y peritoneal	—	—	—	—	—	—	1	—	—	—	—	—	—	—
» Bronconeumonía	—	—	—	—	—	1	—	1	1	—	—	—	—	—
Tuberculosis. Bronconeumonía Raquitismo	—	—	—	—	—	—	—	2	—	—	—	—	—	—

	MESES						AÑOS							
	0—1		1—6		6—12		1—3		3—5		5—10		10—15	
	M.	V.	M.	V.	M.	V.	M.	V.	M.	V.	M.	V.	M.	V.
Tuberculosis pleuro-broncopneumonía	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1	—	—	—
» generalizada.—Abscesos múltiples	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1	—	—
» abdominal.—Tabes mesentérico	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1
» periféricas múltiples	—	—	—	—	—	—	—	—	1	—	—	—	—	—
» Caquexia	—	—	1	—	—	—	1	—	—	—	—	—	—	—
» pulmonar laríngea	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1
Mal de Pott cervical.—Espinas ventosas múltiples	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
» » » »	—	—	—	—	—	—	2	—	—	2	—	1	1	2
» » » dorsal superior	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1	1	—	—	—
» » » » paraplegia espasmódica	—	—	—	—	—	—	1	2	—	1	—	—	—	—
» » » »	—	—	—	—	—	—	1	4	1	2	1	1	—	—
» » » » inferior	—	—	—	—	—	—	—	—	1	1	2	1	—	—
» » » » » absceso por congestión, muslo derecho	—	—	—	—	—	—	—	1	—	—	1	2	—	—
» » » lumbar; absceso por congestión lumbar izquierdo	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
» » » dorso-lumbar	—	—	—	—	—	—	1	1	—	—	—	—	—	—
Espinas ventosas múltiples	—	—	—	—	3	—	5	1	2	2	—	1	—	—
Tuberculosis óseas múltiples	—	—	—	—	—	—	1	—	2	—	—	—	—	—
» ósea—del calcáneo	—	—	—	—	—	—	—	1	—	—	—	—	—	—
» » —primer metatarsiano	—	—	—	—	—	—	—	—	1	—	—	—	—	—
» » —primera falange dedo gordo	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1	—	—	—	—
» » —Tibia izquierda	—	—	—	—	—	—	—	—	1	—	—	—	—	—
» » —cúbito derecho	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1	—	—	—
» » —pelvis lado izquierdo	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
» » —Húmero izquierdo	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1	—	—
» » —metatarso	—	—	—	—	—	1	1	—	—	—	—	—	—	—
» » —tarso	—	—	—	—	—	—	1	—	—	—	—	—	—	—
» articulares múltiples	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1	—
» articular—hombro izquierdo	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1	—	2	—	—
» » —codo »	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1	—	1	—	2
» » — » derecho	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1	—	—
» » —puño izquierdo	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1	—	—	—
» » —Coxalgia izquierda.—Anquilosis	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1	—	—	—	—
» » » » —Fístulas	—	—	—	—	—	—	—	—	—	2	2	—	1	—

Tuberculosis articular—Coxalgia izquierda.—Primer período	—	—	—	—	—	—	1	1	2	1	1	1	—	—
» » » »	—	—	—	—	—	—	7	—	—	6	3	1	1	1
» » » » —Supurada	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1	—	—	—	1
» » » derecha.—Fístulas	—	—	—	—	—	—	—	—	1	—	—	—	1	—
» » » »	—	—	—	—	—	—	—	—	1	2	4	4	—	—
» » —Rodilla izquierda	—	—	—	—	—	—	1	2	1	1	1	1	—	—
» » » derecha	—	—	—	—	—	—	—	3	—	—	—	2	—	1
» » —Tobillo derecho	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	2	—	1
» » » izquierdo	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	2	3	—	—
» sinovitis de la corredera peroneal derecha	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1	—	—	—	—
» » del tobillo izquierdo	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1	—	—	—	—
Mal de Pott dorso-lumbar. Artritis tuberc. rodilla izq	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1	—	—
Osteo-sinovitis tuberculosa del tarso der.	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1	—	—
Adenitis tuberculosa del cuello lado izquierdo, post-sarampión	—	—	—	—	—	—	—	1	—	—	—	—	—	—
» » » »	—	—	—	—	—	—	—	—	—	6	4	1	—	—
» » » » supurada	—	—	—	—	—	—	—	—	3	15	—	6	—	1
» » supraclavicular der.	—	—	—	—	—	—	1	—	—	—	—	—	—	—
» » submaxilar	—	—	—	—	—	—	—	—	1	—	—	—	—	—
» » » supurada	—	—	—	—	—	—	—	—	1	2	1	—	—	—
» » axilar izq.	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1	1	1	—	—
» » » der.	—	—	—	—	—	—	—	—	2	—	—	—	—	—
» » crural	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1	1	—	—	—
» » inguinal izq.	—	—	—	—	—	—	—	—	1	1	1	—	—	2
» » »	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1	—	—
Absceso frío subcutáneo del menton	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
» » región nuca	—	—	—	—	—	—	—	—	1	—	—	—	—	—
» » supraclavicular der.	—	—	—	—	—	—	—	—	1	—	—	—	—	—
» » del cuello.	—	—	—	—	—	—	1	1	—	—	—	—	—	—
» » pared abdominal	—	—	1	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Micropoli-adenitis. Tuberc. generalizada.	—	—	—	—	—	—	1	—	—	—	—	—	—	—
Orquitis tuberculosa doble	—	—	—	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Orqui-epididimitis tuberculosa	—	—	—	—	—	1	—	—	—	—	—	—	—	—
Absceso del hígado tuberculoso.	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1	—	—	—	—
Absceso frío región maleolar int. pierna izq.	—	—	—	—	—	—	1	—	—	—	—	—	—	—
Ulceraciones tuberculosas pierna izq.	—	—	—	—	—	—	—	—	1	1	—	—	—	—
» » del cuello.	—	—	—	—	—	—	—	1	—	—	—	—	—	—
	—	—	2	2	3	3	43	40	34	63	34	44	14	20

Mujeres=130 Varones=172.—**Total=302.**

	MESES						AÑOS							
	0-1		1-6		6-12		1-3		3-5		5-10		10-15	
	M.	V.	M.	V.	M.	V.	M.	V.	M.	V.	M.	V.	M.	V.
V.—Aparato circulatorio:														
Malformación cardíaca congénita. Pulso lento permanente	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1	—	—	—	—
Enfermedad de Roger	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1	—	—	—	—
» » » Cianosis congénita	—	—	—	—	—	—	—	—	2	1	—	—	—	—
» mitral pos-tífica	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1	—
» » Pericarditis. Corea. Origen reumatismal	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1	—	1	1
» » Origen reumat.	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	2
Insuficiencia » pura. Origen reum.	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	5
» » corea » »	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1	1
Estrechez » clorosis	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1
Endocarditis reumatismal. Corea	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1	2
» » Enferm mitral	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1	1	1	1
» aguda. Reumatismo poli-articular agudo	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1
» crónica	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1	1	1	2
Endopericarditis crónica. Reumat. crónico. Insuficiencia y estrechez mitro-aórtica. Asistolia	—	—	—	—	—	—	—	—	1	2	1	—	1	1
Pulso lento permanente. Palpitaciones esenciales	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	2	—	—	—
	—	—	—	—	—	—	—	—	3	5	6	2	7	17

Mujeres=16 Varones=24.—**Total=40.**

	M.	V.	M.	V.	M.	V.	M.	V.	M.	V.	M.	V.	M.	V.
VI.—Aparato digestivo y anexos:														
Muguet. Eritema del recién nacido	—	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
»	3	5	—	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Labio leporino doble	—	—	—	—	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—
» » completo lado superior derecho	—	1	—	—	—	—	—	—	—	1	—	—	—	—
» » incompleto » » »	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1	—	—
» » » » » izquierdo	—	—	—	—	—	1	—	—	—	—	—	—	—	—

Malformación palatina. Úvula y velo bífidos	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Ránula sublingual	—	—	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1
Herpes bucal	—	—	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Trastornos de la dentición	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	2	—	—	—
Estomatitis aftosa	—	—	—	—	6	5	10	15	17	5	6	5	—	—
» úlcero-membranosa	—	—	—	—	—	—	2	3	3	7	8	1	—	—
» herpética	—	—	—	—	—	—	—	1	—	—	—	—	—	—
Frenillo. Dificultad de la succión. Alimentación insuficiente	2	2	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Insuficiencia de aliment. por grietas en los mamelones	—	—	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Frenillo	2	5	2	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Glositis exfoliariz. Vicio de alimentación	—	—	—	—	—	1	—	—	—	—	—	—	—	—
Angina pseudo-membranosa	—	—	—	—	—	—	—	1	—	—	—	—	—	—
» pultácea	—	—	—	—	5	1	2	1	1	2	8	2	3	1
» catarral	—	—	—	—	2	3	1	4	5	3	2	—	—	—
» eritematosa	—	—	—	—	—	—	5	2	4	2	1	1	—	—
Amigdalitis flemonosa	—	—	—	—	—	—	1	2	2	1	2	1	9	6
» crónica. Vegetaciones adenoideas	—	—	—	—	—	—	—	—	1	3	1	1	—	—
Perbesche	—	—	—	—	—	—	1	1	1	1	1	1	—	—
Glositis ulcerosa	—	—	—	—	—	—	—	—	1	—	—	—	—	—
» vegetante	—	—	—	—	—	—	—	1	2	—	1	—	—	—
Gingivitis	—	—	—	—	—	—	1	—	1	1	—	3	—	—
Absceso gengival origen dentario	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1	—
Segunda dentición viciosa	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1	—	—
Faringitis crónica Hipertrofia amigdaliana	—	—	—	—	—	—	1	—	—	1	1	1	—	—
Ulceración sublingual—al final de la coqueluche	—	—	—	—	—	—	—	—	1	—	—	—	—	—
Labio leporino completo	—	—	—	—	—	—	—	1	—	—	—	—	—	—
» » » unilateral muguet	—	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Gingivitis post-sarampión	—	—	—	—	—	—	—	—	1	—	—	—	—	—
» aguda	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1	—	—	—	—
Lengua negra	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1	—	—	—
Cuerpo extraño de las vías digestivas	—	—	1	—	—	—	1	1	—	1	—	—	—	—
Vómitos por excesos de alimentación	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	5	4	3	8
Estado gástrico	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
» » Síncope de origen gástrico	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1	—	—
Dilatación del estómago	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1	1	—	—
Indigestión emotiva	—	1	2	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
»	—	—	—	—	—	—	—	—	12	18	10	15	8	20
Gastralgia	—	—	—	—	—	—	1	1	1	—	—	—	—	—
Gastritis aguda	—	—	—	—	1	2	3	1	1	5	1	1	—	—
Catarro gástrico	—	—	—	—	—	—	—	1	—	—	1	2	—	—
» » febril—Fiebre gástrica	—	—	—	—	—	—	—	—	2	2	3	1	2	—
Embarazo gástrico	—	—	—	—	—	—	2	1	1	1	2	3	3	5
Dispepsia simple	—	—	2	1	1	—	1	—	—	—	2	—	1	—
» gastrointestinal por vicio alimenticio	—	—	21	16	26	25	36	32	18	23	16	15	7	5

	MESES						AÑOS							
	0–1		1–6		6–12		1–3		3–5		5–10		10–15	
	M.	V.	M.	V.	M.	V.	M.	V.	M.	V.	M.	V.	M.	V.
Infección »	—	—	24	14	42	32	36	43	5	12	3	2	—	—
Gastroenteritis, cólera infantil	1	—	1	—	1	1	—	—	—	—	—	—	—	—
» aguda	17	15	48	22	40	25	52	57	30	21	18	15	3	—
» » alimentación mixta	7	5	20	12	10	3	—	—	—	—	—	—	—	—
Caquexia gastrointestinal	—	—	3	1	2	—	1	—	—	—	—	—	—	—
Eclampsia »	—	3	1	1	3	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Catarro gastroduodenal	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1	—
Infección intestinal	—	—	—	—	—	—	2	2	9	6	—	—	—	—
Diarrea crónica.—Vicio alimenticio.—Bronquitis crónica	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1	—	—	—	—
» » » »	—	—	—	—	—	—	1	—	—	—	—	—	—	—
Enteritis	—	—	—	—	—	—	—	—	3	1	1	1	—	—
» post-sarampionosa	—	—	—	—	—	—	2	2	—	—	—	—	—	—
» post-tífica	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1	—	—	—	—
» crónica	—	—	—	—	—	—	—	—	1	1	—	—	—	—
» folicular	—	—	—	—	—	—	1	—	—	2	—	—	—	—
» disenteriforme	—	—	—	—	1	—	2	1	4	—	3	—	—	—
Colitis »	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1	—	—	—	—
»	—	—	—	—	—	—	2	2	4	—	—	—	—	—
Enterocolitis	—	—	—	—	6	3	12	29	13	11	3	7	2	6
» post-sarampionosa	—	—	—	—	—	—	1	—	—	—	—	—	1	—
» prolapsus rectal	—	—	—	—	1	—	1	—	2	—	—	—	—	—
Cólicos intestinales	—	—	4	4	4	6	3	—	—	—	—	—	—	—
Tiflitis	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1	—	—
Apendicitis	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1	4	—	—
Rectitis prurito anal	—	—	—	—	—	—	—	—	1	1	—	—	—	—
Prolapsus rectal	—	—	3	1	2	—	1	2	1	1	—	—	—	1
Hemorroides	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1	—	—
Fístula rectal	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1	—	—
Absceso hepático	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
» latero-faríngeo	—	—	—	—	—	—	—	1	—	—	—	—	—	—
» retro-faríngeo	—	—	—	—	—	1	—	—	—	—	—	—	—	—
Ictericia catarral	—	—	—	—	—	—	2	1	—	—	—	—	—	—
Infección biliar	—	—	—	—	—	—	1	—	—	—	—	—	—	—

Hepatitis aguda	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1
Cirrosis hepática	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1	—	—	1
Quiste hidático del hígado	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	2
» » » » y del pulmón	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1
» » » » —Ictericia crónica	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1	—	—	—
Trayecto fistuloso epigástrico post-operatorio	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1
Urticaria de origen digestivo	—	—	—	1	1	—	2	[illegible]	3	1	1	3	—	—
» » » » generalizada	—	—	—	—	—	—	—	—	1	—	—	—	—	1
Eritema » » »	—	—	—	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Tenias	—	—	—	—	—	—	—	—	4	3	2	—	—	4
Ascárides lumbricoides	—	—	—	—	—	—	2	—	1	—	—	—	—	—
Oxiaris vermicularis	—	—	—	—	—	—	2	1	1	1	1	—	—	—
Mujeres = 838 Varones = 727.—**Total = 1,565.**	32	39	136	76	159	109	192	211	168	144	108	94	44	64

VII.—Abdomen:

Hernia inguinal izquierda congénita	—	2	—	5	—	3	—	1	—	—	—	1	—	1
» » » epiplocele	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1	—	—
» » » hidrocele doble	—	—	—	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
» » » epiploitis post-operatoria	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1
» » derecha	—	4	3	15	1	14	1	10	1	8	1	3	1	4
» » » y umbilical	—	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
» » » y ectopía testicular der.	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1	—	—
» » » hidroepiplocele	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1	—	—	—	—
» » » estrangulada	—	—	1	—	—	1	—	—	—	—	—	—	—	—
» » doble.—Hidrocele doble.—Caquexia herniaria	—	—	—	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
» » »	—	1	—	1	—	1	—	1	—	1	—	1	—	1
» » » Ectopía testicular doble	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1	—	—	—	1
» » izquierda. Ectopía testicular izquierda	—	—	—	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
» crural der.	—	—	—	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1
» umbilical	—	—	2	1	1	1	1	1	—	2	—	—	—	—
» línea blanca	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1	—
» inguinal der. dolorosa. Caquexia herniaria	—	—	—	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Infección del ombligo	—	1	1	2	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Granuloma del ombligo	1	—	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Ascitis	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1	—	—	—
Mujeres=18 Varones=100.—**Total=118.**	1	9	8	29	2	20	2	13	1	13	2	7	2	9

VIII.—Aparato uro-genital:

	MESES 0—1 M.	MESES 0—1 V.	MESES 1—6 M.	MESES 1—6 V.	MESES 6—12 M.	MESES 6—12 V.	AÑOS 1—3 M.	AÑOS 1—3 V.	AÑOS 3—5 M.	AÑOS 3—5 V.	AÑOS 5—10 M.	AÑOS 5—10 V.	AÑOS 10—15 M.	AÑOS 10—15 V.
Nefritis aguda	—	—	—	—	—	—	—	—	2	2	—	2	—	—
» » Hermaturias	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1
» » pos-escarlatinosa	—	—	—	—	—	—	5	—	7	1	2	3	—	1
» » pos-pneumónica	—	—	—	—	—	—	—	1	1	—	—	—	—	—
Poliuria y Polidipsia	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1	—	—
» Polakiuria	—	—	—	—	—	—	—	—	1	1	—	—	—	—
Poliuria esencial	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1	—	—
Anasarca.—Nefritis?	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1	—	—
Cistitis por cálculo vesical	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1
»	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1	—
Cálculo vesical	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	2
Uretritis aguda	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	3	—	—
» blenorrágica	—	—	—	—	—	—	—	—	—	2	—	—	—	1
Fimosis	—	—	—	—	—	—	—	4	—	6	—	3	—	2
Parafimosis	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	4	—	2
Condilomas balano-peneanos	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	2	—	—
Balanitis	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	2	—	3
Edema del escroto	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1	—	—
Orquitis aguda izquierda traumática	—	—	—	—	—	—	—	2	—	2	—	2	—	—
Vaginalitis doble	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1	—	—
Quiste del cordón izquierdo	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1	—	1	—	—
Ectopía testicular inguinal derecha.—Atrepsia	—	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1	—	1
» » » izquierda.—Orquitis de él	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1
» » » derecha » » » Hernia inguinal derecha.	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1
Hipospadias peneano, labio leporino doble	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1	—	—	—	—
» balánico	—	—	—	—	—	—	—	1	—	1	—	—	—	—
Hidrocele doble	—	1	—	1	—	2	—	2	—	2	—	—	—	—
» derecho	—	—	—	—	—	—	—	1	—	2	—	3	—	—
Trastornos de la micción	—	—	—	—	—	—	—	—	1	—	—	—	—	—
Imperforación del himen	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1	—	—	—
Cuerpo extraño de la vagina (horquilla)	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1	—	—	—

Vulvo-vaginitis blenorrágica	—	—	—	—	—	—	1	—	1	—	1	—	—	—
» uretritis	—	—	—	—	—	—	1	—	1	—	—	—	—	—
»	—	—	—	—	—	—	19	—	19	—	32	—	6	—
Nevus de la vulva y del ano	—	—	—	1	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—
	—	2	—	1	1	2	17	11	33	21	37	31	7	16

Mujeres = 95 Varones = 84.—**Total = 179.**

IX.—Aparato respiratorio.

Coriza simple	—	—	—	1	—	1	—	1	—	—	—	—	—	—
Epistaxis	—	—	—	—	—	—	—	1	1	2	1	1	1	2
Coriza crónica	—	—	—	—	—	—	—	1	—	—	—	—	—	—
Obstrucción nasal	—	—	—	—	—	—	1	1	—	—	—	—	—	—
Faringo-laringo-bronquitis	—	—	—	—	—	—	6	3	3	2	4	2	5	2
Laringitis	—	—	1	—	2	1	1	5	1	1	—	—	—	—
» estridulosa	—	—	—	—	—	2	1	1	—	2	—	—	—	—
» » Bronquitis	—	—	—	—	—	—	—	2	—	1	1	1	—	—
Laringo-bronquitis	—	—	1	3	2	2	3	2	2	1	2	1	—	2
Espasmo de la glotis	—	—	1	1	1	2	1	1	—	—	—	—	—	—
Laringo-bronquitis-post-sarampionosa	—	—	—	—	—	—	1	—	—	1	—	—	—	—
Laringitis y bronconeumonía post-sarampionosa	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1	—	—	—	—
» ulcerosa post-sarampionosa tiraje prolongado	—	—		—	—	—	—	1	1	—	—	—	—	—
» post-sarampionosa	—	—	—	—	—	—	1	—	2	—	1	—	—	—
Bronquitis aguda simple	32	8	69	59	87	74	63	43	41	37	41	45	33	44
» capitular	1	—	4	2	—	2	—	—	—	—	—	—	—	—
» muguet-conjuntivitis purulenta	—	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
» asmatiforme	—	—	—	2	3	3	4	7	1	2	5	4	9	1
» difusa	—	—	—	1	—	—	—	—	1	—	1	—	—	—
» á repetición	—	—	—	—	1	3	—	2	2	1	3	5	1	6
» asmática	—	—	—	—	—	—	—	1	1	—	1	—	1	1
» post-sarampionosa	—	—	—	—	—	—	—	—	1	1	—	—	—	—
Asma	—	—	—	—	—	—	1	1	5	2	2	2	4	2
Congestión pulmonar	—	—	4	13	14	30	40	78	15	22	4	8	3	7
» » post-sarampionosa	—	—	—	1	1	5	2	7	2	1	—	—	—	—
» » bronquitis	—	—	—	—	6	10	3	4	3	5	1	1	—	—
» » » post-sarampionosa	—	—	—	—	—	—	—	—	1	—	1	1	—	—
Broncopneumonía	4	2	10	9	8	12	10	41	8	3	5	2	2	1
» y pneumotórax parcial	—	—	—	—	—	—	1	—	—	—	—	—	—	—
» post-sarampionosa	—	—	—	—	—	—	1	1	3	1	—	—	—	1
Congestión pleuro pulmonar	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1	—	—	1

	MESES						AÑOS							
	0–1		1–6		6–12		1–3		3–5		5–10		10–15	
	M.	V.	M.	V.	M.	V.	M.	V.	M.	V.	M.	V.	M.	V.
Esclerosis	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1
Pneumonía	—	—	—	—	—	—	1	—	4	3	—	1	—	1
» izquierda	—	—	—	—	—	—	:	—	—	—	—	—	—	1
» » base	—	—	—	—	—	—	1	1	—	—	—	—	—	—
» » vértice	—	—	—	—	—	—	—	1	2	1	—	2	—	1
» » pleuresía interlobar izq. consecutiva	—	—	—	—	—	—	—	1	1	—	1	—	—	—
» derecha, base	—	—	—	—	—	—	—	3	—	—	—	—	—	—
» » vértice	—	—	—	—	—	—	—	—	1	—	—	2	3	1
Pleuro-pneumonía	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1	—	—	1
» broncopneumonía y neumotórax parcial	—	—	—	—	—	—	—	—	1	1	—	—	—	—
Pleuresía serofibrinosa izquierda	—	—	—	—	—	—	—	—	2	1	2	2	2	3
» » derecha	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1
» purulenta »	—	—	—	—	—	—	—	—	1	2	—	—	1	—
» » izquierda	—	—	—	—	—	—	—	—	2	2	2	—	—	1
Sínfisis pleural	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1	—	—	—
Pseudo-asma	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1
Bronquitis crónica	—	—	—	—	—	—	—	—	1	4	4	2	2	2
Falso crup	—	—	—	—	—	—	—	1	—	—	—	—	—	—
Pleurodini	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1
	37	11	90	92	125	147	173	212	169	180	85	82	67	85

Mujeres = 686 Varones = 709.—**Total = 1,395.**

X.—Sistema nervioso, central y periférico:

Espina bífida	—	1	1	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Meningocele.—Meningo-encefalitis post-operatoria	—	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Encefalitis post-sarampión	—	—	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Hidrocefalía	1	1	2	2	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Eclampsia	—	—	1	2	1	3	2	2	—	—	—	—	—	—

Contractura congénita de las extremidades superiores	—	—	—	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Esclerosis cerebral	—	—	3	3	1	1	2	1	1	1	—	4	4	3
» » paraplegia espasmódica	—	—	—	—	—	—	—	—	1	—	—	—	—	—
Idiocía	—	—	—	—	—	—	1	—	1	—	—	—	—	—
Sordomudez congénita familiar. (otros seis hermanos igual)	—	—	—	—	—	—	1	1	—	—	—	—	—	—
» súbita de la segunda infancia	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1	—	—	—	—
» familiar (tres hermanos igual en un caso)	—	—	—	—	—	—	—	—	1	—	1	2	1	—
Little.—Tipo cerebroespinal	—	—	—	—	—	—	—	2	—	—	—	—	—	—
» » » familiar	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	2	—	—
» » espinal.—Paraplegia espasmódica	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	2	—	—	—
» puro.—Etiología negativa	—	—	—	—	—	—	1	1	—	—	—	—	—	—
» » —Prematuro	—	—	—	—	—	1	—	—	—	—	—	—	—	—
»	—	—	—	—	—	—	1	3	4	—	—	—	—	—
Mutismo congénito sin sordera	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1	—	—	—
Paraplegia espasmódica familiar congénita	—	—	—	—	—	—	1	—	—	1	—	—	—	—
Parálisis pseudo-hipertrófica	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1	1	—	—
» » sordomudez	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1	—	—	—	—
» dolorosa brazo izquierdo	—	—	—	—	3	—	5	1	—	—	—	—	—	—
» infantil.—Triplegia—brazo derecho sano	—	—	—	—	—	1	—	—	—	—	—	—	—	—
» » de las dos piernas	—	—	—	—	1	1	1	2	—	3	—	—	—	—
» » forma paraplégica	—	—	—	—	—	—	—	2	1	—	—	1	—	—
» » » hemiplégica, lado derecho	—	—	—	—	—	—	—	1	—	—	1	—	—	—
» » pierna derecha	—	—	—	—	5	1	1	2	—	—	1	1	—	1
» » » izquierda	—	—	—	3	2	1	3	2	1	1	2	2	7	—
» » brazo izquierdo	—	—	—	—	2	—	—	1	—	—	—	—	—	—
» » monoplegia crural derecha	—	—	—	—	—	1	—	1	—	1	—	1	—	—
» » pie-bot paralítico izquierdo	—	—	—	—	—	—	1	—	—	—	—	—	—	—
» obstétrica.—Facial izquierdo	—	—	—	—	1	—	—	1	—	—	—	—	—	1
» » brazo	1	—	—	1	—	—	—	1	—	—	—	—	—	—
» » plexo-braquial izquierda	—	—	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
» » —monoplegia braquial derecho	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
» de las muletas	—	—	—	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
» facial periférica izquierda	—	—	—	—	—	—	1	2	—	—	—	1	—	—
» » » derecha	—	—	—	—	—	—	1	2	—	1	1	—	1	—
Terrores nocturnos	—	—	—	—	—	—	2	3	3	1	1	—	1	—
Zona abdómino-inguinal	—	—	—	—	—	—	—	1	—	—	—	—	—	—
» intercostal	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1	—	—	—	1
Ataques epilépticos.—Ceguera congénita.—Atrofia papilar doble	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1	—	—	—	—
Ataques epileptiformes	—	—	—	—	—	—	—	—	1	1	—	—	—	—
» » lado izquierdo	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1	1	—	—
Epilepsia esencial	—	—	—	—	—	—	—	—	4	5	6	4	6	4
» frustra	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	2	1	—
Incontinencia de orina nocturna	—	—	—	—	—	—	—	—	1	3	1	2	—	2
» » » diurna y nocturna	—	—	—	—	—	—	—	—	1	—	—	—	—	—

	MESES						AÑOS							
	0—1		1—6		6—12		1—3		3—5		5—10		10—15	
	M.	V.	M.	V.	M.	V.	M.	V.	M.	V.	M.	V.	M.	V.
Tics	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1
» de la cara	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1	—	—
» generalizado	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1
Histeria	—	—	—	—	—	—	—	—	7	2	17	2	10	1
» pseudo coxalgia	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1	—
Jaqueca	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1	—
Nervosismo	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	6	4	10	1
Neurastenia.	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	2	1
Cerebrastenia	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1	1
Surmenage	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	2	2
Lumbago	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1	—
Tortícolis	—	—	—	—	—	—	—	—	1	—	5	1	3	2
Neuralgia facial lado izquierdo	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1	—	—
» » » derecho	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1	—	—	—
Parálisis radial izquierda	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1	—	—
Neuralgias múltiples	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1	—
» profesionales	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1
» de la cara	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1	1	—	1	—
Corea de Sydenham	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	10	2	15	3
Hemi-corea izquierda	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1	—
Trastornos mentales post-tíficos.	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1
» » Retardo de la palabra	—	—	—	—	—	—	—	—	1	—	—	—	—	—
» »	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1	—
Retardo de la palabra	—	—	—	—	—	—	—	—	2	1	—	—	—	—
Nistagmus.—Temblor de la cabeza.	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1
Perversión moral.	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1	—	—
Amnesia.—Trastornos de la palabra	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1	—	—	—	—
Convulsiones sintomáticas.	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1	—	—
» esenciales	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	2	2	—	—
Meningitis aguda	—	—	5	3	2	1	—	1	—	—	—	—	—	—
Embolia cerebral.—Estrechez mitral	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1	—	—
Meningo-encefalitis aguda.	—	—	—	—	—	—	—	—	2	1	—	—	—	—
Hemiplegia infantil espasmódica derecha	—	—	—	—	—	—	3	—	1	3	—	—	1	1

Hemiplegia infantil espasmódica izquierda	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1	1	2	2
Claudicación dolorosa	—	—	—	—	—	—	—	—	1	1	2	—	—	1
Ciática	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1
	3	3	14	17	18	11	27	34	31	32	64	42	71	33

Mujeres = 231 Varones = 182.—**Total = 413.**

XI.—Aparato locomotor:

Fractura clavícula derecha, tercio externo	—	—	—	—	—	—	—	1	1	1	—	6	—	7
» izquierda » »	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1	—	—	—	—
» húmero izquierdo » superior	—	—	—	—	—	—	—	—	1	7	1	1	—	3
» » derecho » »	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1	15	1	1
» cráneo	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1	—	—	1
» maxilar inferior	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1	4
» antebrazo izquierdo contusión renal	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1
» » tercio medio	—	—	—	—	—	—	—	—	1	3	2	3	—	—
» » » inferior	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1	1	3	—	—
» cúbito izquierdo	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1	—	5	10	1
» radio » tercio inferior	—	—	—	—	—	—	—	—	—	2	1	1	—	—
» » derecho » »	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1
» » » » superior	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1	—	—
» antebrazo derecho, tercio medio	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1	—	1
» reborde alveolar maxilar superior	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1	—	—
» húmero izquierdo, tercio medio	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	4	—	2
» de Ponteau	—	—	—	—	—	—	—	—	1	—	—	3	—	2
» metacarpo derecho	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1	—	—	—
» fémur derecho tercio medio	—	—	—	1	1	—	1	—	—	—	—	2	—	1
» » izquierdo »	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1
» pierna.—Amputación	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
» y luxación codo izquierdo	—	—	—	—	—	—	1	3	1	2	—	2	—	1
» húmero izquierdo tercio medio, luxación codo izquierdo	—	—	—	—	—	—	1	—	—	—	—	—	—	2
» pierna izquierda	—	—	—	—	—	—	—	—	—	3	1	5	8	2
» » » expuesta	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1	—
» Tibia derecha tercio inferior	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	2	30	14	1
» izquierda supra-maleolar	—	—	—	—	—	—	—	1	—	—	—	—	—	—
Osteoperiostitis alvéolo-dentaria	—	—	—	—	—	—	—	2	4	4	7	14	3	9
Ostiomielitis húmero derecho extremidad inferior	—	—	—	—	—	1	—	2	—	—	—	—	—	—
» » izquierdo » superior	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	2	1	—	1
» pubis	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1	—
» hueso ilíaco derecho	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1

	MESES						AÑOS							
	0—1		1—6		6—12		1—3		3—5		5—10		10—15	
	M.	V.	M.	V.	M.	V.	M.	V.	M.	V.	M.	V.	M.	V.
Ostiomielitis maxilar superior.—Necrosis	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1	—	—
» frontal	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	3	—	—	1
» cúbito izquierdo	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1	—	—	—	—
» en antigua, fractura antebrazo	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1
» fémur derecho extremo superior	—	—	—	1	—	—	—	—	—	1	—	15	—	1
» » » » inferior	—	—	—	—	—	—	—	—	1	—	2	—	—	—
» » izquierdo extremo inferior	—	—	—	—	—	—	—	—	1	—	1	1	—	1
» falanges mano	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1	—
» Tibia izquierda traumática	—	—	—	—	—	—	—	1	—	1	—	1	—	—
» metacarpo derecho	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1	—	—	—	—
» metatarso izquierdo	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1	15	—	1	—
» tibia izqierda extremo sup.	—	—	—	—	—	—	—	—	—	2	1	2	—	1
» » » » inf.	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1	—	1	—	1
» dedos gordos de cada pie	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1	1	—
Osteoma maxilar inf. lado izq	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1	—	—
Artritis supurada hombro izquierdo post-variólica	—	—	—	—	—	—	—	1	—	—	—	—	—	—
» aguda rodilla der.	—	—	—	—	—	—	—	1	1	1	—	—	—	—
Luxación codo derecho	—	—	—	—	—	—	—	1	—	1	—	2	—	—
» » izquierdo	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1	—	—	—	—
» radio » extr. sup	—	—	—	—	—	—	—	—	1	2	—	—	—	—
» codo hacia atrás y adentro	—	—	—	—	—	—	1	—	1	—	—	—	—	—
» cadera	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1
» » congénita derecha	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1	1	—
» » » izquierda	—	—	—	—	—	—	1	—	—	—	—	—	—	1
» astrágalo	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1	—	—
Distorsión hombro izquierdo	—	—	—	—	—	—	—	1	1	—	—	—	—	—
» codo	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1	—	—	—	—
» muñeca	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1	—	—	—
» rodilla	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	2	—	—
» pie izquierdo	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	5	—	—
» pie derecho	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1	—	—	—	—
Pie plano valgo doloroso izq.	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1
» » » » doble	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1

Higroma prerrotuliano doble	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1	—
Hidartrosis de las dos rodillas	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1	—	—
» rodilla derecha	—	—	—	—	—	—	—	1	—	—	—	—	—	1
Ganglión dorso mano derecha	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1	—
» » puño »	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1	—	—	—
» » » izquierdo	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1	—
Escoliosis esencial	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1	5	—
Cifosis raquítica	—	—	—	—	—	—	—	—	1	—	—	—	—	—
Periostitis occipital	—	—	—	—	—	—	—	—	2	—	—	—	—	—
Distrofia muscular progresiva familiar	—	—	—	—	—	—	1	—	—	1	—	—	—	—
Mialgias abdómino toráxicas profesionales	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1	—	1
Miositis de los gemelos	—	—	—	—	—	—	—	—	2	—	—	—	—	—
» del brazo	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1	—	—	—	—
Mujeres = 121 Varones = 250.—**Total = 371.**	—	—	—	2	1	1	6	15	20	43	43	125	51	54

XII.—Piel y tejido celular:

Eritema simple del recién nacido	1	2	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
» »	—	—	3	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Saborrea cuero cabelludo	2	1	1	1	2	1	1	2	1	1	1	1	—	—
Eczema saborreico	—	—	7	1	3	5	3	5	3	3	2	1	1	—
» del cuero cabelludo	—	—	1	—	1	1	4	—	1	2	1	—	—	—
» impetiginoso	—	—	—	—	3	4	5	3	2	2	2	1	—	—
» gene alizado	—	—	—	—	1	1	5	8	2	1	2	3	1	1
» » post-vaccinal	—	—	—	—	—	—	2	—	—	—	—	—	—	—
» en placas	—	—	—	—	—	2	1	—	1	—	—	1	—	—
» en la cara	2	1	7	—	4	5	4	12	2	3	1	2	1	—
Piodermitis	—	—	—	—	9	1	5	4	5	—	5	2	4	2
» del cuero cabelludo	—	—	—	1	—	1	1	5	—	1	2	1	—	—
Prurigo simple	—	—	—	1	—	—	1	4	2	1	—	—	—	—
» de Hebia	—	—	1	1	1	—	2	—	—	—	—	—	—	—
» » origen parasitario	—	—	—	—	—	—	—	3	—	2	—	—	—	—
Sarna	—	—	5	—	4	1	3	3	4	10	10	8	1	6
Dermatitis exfoliatriz	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	2	—	—
Eritema nodoso	—	—	—	—	1	—	1	—	1	—	1	—	1	1
» polimorf	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1	—	1
» sudoral	—	—	—	—	1	—	6	5	5	1	4	—	—	—
» pustuloso	—	—	—	—	—	—	—	—	2	2	2	—	—	—
Impétigo cara	—	—	—	—	6	1	8	1	11	9	4	2	—	—

	MESES						AÑOS							
	0—1		1—6		6—12		1—3		3—5		5—10		10—15	
	M.	V.	M.	V.	M.	V.	M.	V.	M.	V.	M.	V.	M.	V.
Impétigo cuero cabelludo	—	—	1	—	1	—	6	2	2	2	2	1	—	—
Intertrigo del cuello	—	—	—	—	—	1	—	—	—	—	—	—	—	—
» de las orejas	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1	—	—	—
» de las piernas	—	—	—	—	—	—	—	2	—	—	—	—	—	—
Ectima simple	—	—	—	—	—	—	2	—	1	—	—	1	—	—
Psoriasis	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1	—	—
Strofulus	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1	1	1	—
Alopecia post-sarampión	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1	—	—
» post-tífica	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1	—	—
Herpes cincinado de la pierna	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1	—	—	—
Infección cutánea post-sarampión	—	—	—	—	—	—	3	2	1	—	—	—	—	—
Edema suprapúbico	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1	—	—	—
Tiña	—	—	—	—	—	—	—	—	7	3	1	6	—	—
Pediculiis capitio	—	—	—	—	—	—	—	—	2	1	1	—	1	1
Eczema neurotrófico de las manos	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1	—	—	—
Prurigo exentematiforme	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1	—	—	—
Hidroadenitis axila izquierda	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1
Púrpura.—Ictericia grave	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1	—	—	—	—
Urticaria	—	—	—	—	—	—	—	—	5	2	—	—	—	—
Linfangitis	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1	3	—	—	1
Sabañones ulcerados	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1
Quiste dermoideo cola ceja izquierda	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1
Nevus eritematoso	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1	—	—
» del pecho	—	—	—	—	—	1	—	—	—	—	—	—	—	—
Hematoma parietal der.	—	—	—	—	—	1	—	1	—	—	—	—	—	—
» infect. región occipital	—	—	—	—	—	—	—	1	—	—	—	—	—	—
Abscesos múltiples subcutáneos	1	1	1	1	3	2	2	2	2	1	1	—	1	—
» retro-auricular	—	—	—	—	—	1	—	—	—	—	—	—	—	—
» región frontal	—	—	—	—	1	—	—	2	—	—	—	—	—	—
» del cuello lado izq.	—	—	—	—	1	1	—	1	1	—	—	—	—	—
» región temporal der.	—	—	—	—	—	1	—	—	—	—	—	—	—	1
» cuero cabelludo	—	—	—	—	—	—	6	3	3	3	—	2	—	—
» cuello	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	2	—	—	—

Abscesos brazo der.	—	—	—	—	—	—	1	—	—	—	2	1	—	—
» cara	—	—	—	—	—	—	1	1	2	5	2	1	—	2
» planta pie	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	2	—	1
» muslo izq.	—	—	—	—	—	—	1	—	—	—	—	—	—	—
» región glútea izq.	—	—	—	—	—	—	—	1	—	4	—	—	—	—
» » sacra	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1	—	—	—
» pierna.	—	—	—	—	—	—	—	—	2	—	—	—	—	—
» pie izq.	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1
Flemón mejilla izq.	—	—	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
» difuso antebrazo.	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1	—	—	—
» pierna der	—	—	—	—	—	—	—	1	1	—	1	—	—	—
» muslo	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1	—	—	—	—
» mano der.	—	—	—	—	—	—	—	2	1	2	1	—	—	1
» peri-rotuliano.	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1	1	—
» peri-umbilical	—	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
» toráxico	—	—	—	—	—	—	1	—	—	—	—	1	—	—
	6	6	28	7	42	36	75	76	69	64	57	46	13	22

Mujeres = 290 Varones = 157.—**Total = 447.**

XIII.—Ganglios linfáticos:

Adenitis submaxilar izquierda	—	—	1	1	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—
» » derecha	—	—	1	—	—	—	—	—	—	—	3	2	—	—
» cervical »	—	—	1	1	3	2	2	1	1	5	8	10	5	2
» » izquierda	—	—	1	—	2	—	3	—	1	—	—	—	—	—
» retro-auricular derecha	—	—	—	—	1	—	1	—	1	—	—	—	—	—
Adenitis axilar izquierda	—	—	—	—	—	—	—	—	—	2	1	1	—	—
» » derecha	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1	—	—
» inguinal izquierda	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1	1	10	—	2
» crural derecha	—	—	—	—	—		—	—	—	—	1	—	2	3
Adenoflemón del cuello - los dos lados	—	—	—	1	—	—	—	1	—	1	—	2	—	1
» » derecho	—	—	—	—	1	—	2	1	5	—	—	3	—	—
» » » izquierdo.	—	—	1	1	—	1	2	2	1	1	1	—	1	—
« submental	—	—	—	—	—	—	1	1	1	1	—	—	—	—
» submaxilar izquierdo	—	—	1	1	2	3	2	1	1	1	1	1	1	—
» » derecho	—	—	1	—	1	—	1	—	1	—	1	1	—	1
» axilar	—	—	—	—	—	—	—	2	—	1	—	—	—	—
» supraclavicular.	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1	—
» ilíaco derecho	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1	—	—
» inguinal izquierdo.	—	—	—	—	1	—	—	—	—	—	—	1	1	2

	MESES						AÑOS							
	0 -1		1—6		6—12		1—3		3—5		5—10		10—15	
	M.	V.	M.	V.	M.	V.	M.	V.	M.	V.	M.	V.	M.	V.
Adenoflemón inguinal derecho	—	—	1	1	1	—	—	—	1	—	1	—	—	—
» hueco poplíteo izquierdo	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1	—	—	—	—
Adenopatía tránqueo brónquica	—	—	1	2	—	2	1	3	3	7	2	3	1	—
Infección gangliolar	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1
» » pos-variceolosa	—	—	—	—	—	—	—	1	—	—	—	—	—	—
	—	—	9	8	13	7	15	13	16	21	20	36	12	12

Mujeres=85 Varones=97.—**Total=182.**

XIV.—Organos de los sentidos:

	M.	V.	M.	V.	M.	V.	M.	V.	M.	V.	M.	V.	M.	V.
Conjuntivitis purulenta	1	1	1	—	—	—	—	3	—	1	2	—	—	—
» aguda	—	—	—	—	—	—	1	1	—	—	1	—	—	—
» granulosa	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1	—	—
» » Keratitis	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1	—	—	—	—
Leucoma	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1	—	—
Oftalmía	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1	—	—	—
Diplopia por paresia recto-ext. ojo derecho	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1	—	—
Keratitis flictenular	—	—	—	—	—	—	1	1	—	—	—	1	—	—
Neuritis óptica doble	—	—	—	—	—	—	1	—	—	—	—	—	—	—
» » » Epilepsia	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1
Ectropión párpados post-variceloso	—	—	—	—	—	—	1	—	—	—	—	—	—	—
Quemadura de la conjuntiva bulbar ojo izquierdo	—	—	—	—	—	—	—	—	1	—	—	—	—	—
Sinusitis maxilar derecha	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1	—	—	—	—
Hipertrofias amigdaliana y veget-adenoideas	—	—	—	—	1	1	3	—	4	1	5	6	2	—
Otitis media supurada doble	—	—	1	—	—	4	1	4	3	2	1	2	—	—
» » » izquierda	—	—	—	1	4	—	5	—	7	2	1	—	5	—
» » » derecha	—	—	—	—	1	—	1	1	5	1	—	1	1	—
» » » post-sarampionosa	—	—	—	—	1	1	1	2	—	—	—	—	—	—
» subaguda derecha.—Mastoiditis.—Parális facial derecha	—	—	—	—	—	—	—	1	—	1	—	1	—	—

» » Mastoiditis	—	—	—	—	—	—	1	1	1	—	—	—	—	—
Mastoiditis derecha	—	—	—	—	—	—	—	1	—	—	—	—	—	—
» izquierda	—	—	—	—	—	—	1	—	—	1	—	—	—	—
Nevus de la punta de la nariz	—	—	—	—	—	—	1	—	—	—	—	—	—	—
Cuerpo extraño nariz	—	—	—	—	—	—	—	—	1	—	—	—	—	—
» » oído derecho	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	2	—	—
» » » izquierdo	—	—	—	—	—	—	—	—	—	2	—	1	—	—
Mujeres = 69 Varones = 54.—**Total = 123.**	1	1	2	1	7	6	18	15	22	13	11	17	8	1
XV.—Traumatismos:														
Traumatismo obstétrico del cuero cabelludo	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
» oreja derecha	—	—	—	—	—	—	1	—	—	1	—	—	—	—
» codo derecho	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1	—	—	—	—
» manos	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1	2	—	—
» mano derecha	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1	4	1	—
» región glútea	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1	1
Mordedura de la lengua por caída	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1	—	1	1	—
» » perro en la pierna izquierda	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1	1	—	—	—
» » » » » mejilla	—	—	—	—	—	—	—	—	1	—	—	—	—	—
» » » » » oreja	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1	—	—	—
» » » » el brazo	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1	—	—
» » caballo en el tórax	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1
» » un niño en la nariz	—	—	—	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Traumatismo de la nariz	—	—	—	—	—	—	1	—	1	—	2	—	—	1
Contusión brazo izquierdo	—	—	—	—	1	—	—	—	—	—	—	—	—	1
» brazo derecho	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1	—	—
» mano izquierda	—	—	—	—	—	—	1	1	2	—	1	1	—	1
» pie »	—	—	—	—	—	—	1	—	2	—	—	—	—	1
» codo »	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1	—	—	—	—
» » derecho	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1	3	—	1	—
» abdominal	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1	1	—	—	—
» cara	—	—	—	—	—	—	5	6	9	13	2	1	—	—
Traumatismo pie derecho	—	—	—	—	—	—	—	—	1	1	—	1	—	—
Contusión cráneo	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1	1	—	1
» tórax	—	—	—	—	—	—	—	—	1	2	1	1	1	—
» hombro	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1	—
» cadera izquierda	—	—	—	—	—	—	—	—	2	—	4	—	—	1
» rodilla	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1	1	—	—	—
» pierna	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	2	—	—

	MESES						AÑOS							
	0—1		1—6		6—12		1—3		3—5		5—10		10—15	
	M.	V.	M.	V.	M.	V.	M.	V.	M.	V.	M.	V.	M.	V.
Contusión pie izquierdo	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1	—	—	—	—
» tórax. Hemoptisis	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1
» rodilla derecha	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1
Herida planta pie derecho	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	2	—	1
» » » izquierdo	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1	—	2
» muslo	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1	1	—	2
» pie izquierdo infectada	—	—	—	—	—	—	—	—	10	1	1	5	—	3
» talón »	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1	—	—	—	—
Contusión pierna izquierda	—	—	—	—	—	—	—	1	3	5	4	4	—	—
Herida cortante palma mano izquierda	—	—	—	—	—	1	1	1	14	10	—	4	—	1
» » » » derecha	—	—	—	—	2	—	5	—	7	—	2	—	—	1
» » pabellón oreja izquierda	—	—	—	—	—	—	1	1	—	—	—	—	—	—
» » frente	—	—	—	—	—	—	9	2	8	2	4	5	—	4
» » antebrazo izquierdo	—	—	—	—	—	—	—	—	1	3	—	2	—	1
» » » derecho	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1	—
» lacero-contusa del cuero cabelludo	—	—	—	—	—	—	6	7	10	12	14	21	2	8
» » » muslo	—	—	—	—	—	—	—	—	1	1	—	—	—	—
» » » velo palatino	—	—	—	1	—	—	—	1	—	—	—	1	—	—
» » » escroto	—	—	—	—	—	—	—	2	—	2	—	1	—	1
» » mano derecha	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1	—	—	—	—
» contusa región anterior tórax lado derecho	—	—	—	—	—	—	—	1	—	—	—	—	—	—
» » ceja izquierda	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1	—	1	—	—
» » labio superior	—	—	—	—	—	—	—	—	2	—	2	2	—	—
» » mano izquierda	—	—	—	—	—	—	—	1	—	—	—	—	1	3
» » » derecha	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1	1
» » de las rodillas	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1	1	—	—	—
» cortante múltiple del tórax	—	—	—	—	—	—	—	—	1	—	—	1	—	—
» » superficial rodilla izquierda	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1	—	—	—
» » puño izquierdo	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1	1	—	—
» » » » sección de todos los órganos, excepto la radial	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1	—	—	—	—
» punzante antebrazo derecho.—Aneurisma radial	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1	—	—
» rodilla izquierda	—	—	—	—	—	—	—	—	1	—	—	—	—	—
» desgarrada del escroto	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1

Úlcera traumática de la pierna	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1	1	—
Cuerpo extraño en la planta del pie	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1	—	—	—	—
Gangrena traumática — Amputación mano izquierda	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1	—	—
Arrancamiento del pulpejo oreja izquierda	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	2
Aplastamiento del antepié	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1	—
Anquilosis traumática del codo	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1	—	—
Herida de bala de la mano	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1	—	3	—	4
Contusión de la nuca	—	—	—	—	—	—	1	—	—	2	—	—	—	—
Herida punzante muslo.—Aneurisma.—Gangrena.—Amputación	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1
» » pierna derecha	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1	1	1	—
» bala muslo derecho	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1
Traumatismo codo izquierdo	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1	—	—
Contusión de la frente y de la nuca	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1	—	—	—	—
	1	—	—	2	2	2	32	24	77	71	52	77	11	48

Mujeres = 178 Varones = 221.—**Total = 399.**

XVI.—Quemaduras:

Quemaduras segundo grado antebrazo derecho	—	—	—	1	—	1	—	—	—	—	—	—	—	—
» » » mano derecha	—	—	—	—	—	1	—	—	—	—	—	—	—	—
» » » extremidades	—	—	—	—	—	—	—	1	—	—	—	—	—	—
» » » pie izquierdo	—	—	—	—	—	—	1	—	—	—	—	—	—	—
» » » brazo derecho	—	—	—	—	—	—	—	1	—	—	—	—	—	—
» » » tronco lado derecho	—	—	—	—	—	—	—	1	—	—	—	—	—	—
» » » pierna derecha	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1	—	—	—	—
» » » » izquierda	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1	—	—	—	—
» » » dorso pie derecho	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1	—	—	—
» » » cara	—	—	—	—	—	—	—	—	1	—	—	1	—	—
» » » cuello	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1	—
» primer » mejilla derecha	—	—	—	—	—	—	—	1	—	—	—	—	—	—
» cara.—Cicatriz viciosa	—	—	—	—	—	—	—	—	1	—	—	—	—	—
» segundo grado brazo derecho y tórax	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1	—	—	—	—
» del dorso	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1	—	—
» simple de las manos	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	2	—	—	—
» » » los muslos	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1
» » » las piernas	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1	—	—	1
» » del abdomen	—	—	—	—	—	—	—	—	1	—	—	—	—	—
» tercer grado del abdomen	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1	—
» pierna.—Úlcera consecutiva	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1	—	—	—	—
» de la boca	—	—	—	—	—	—	—	1	—	—	—	—	—	—

	MESES						AÑOS							
	0—1		1—6		6—12		1—3		3—5		5—10		10—15	
	M.	V.	M.	V.	M.	V.	M.	V.	M.	V.	M.	V.	M.	V.
Quemadura de la boca por la cafetera	—	—	—	—	—	—	—	1	—	—	—	—	—	—
» buco-faríngea por la caldera.—Edema de la glotis	—	—	—	—	—	—	—	1	—	—	—	—	—	—
» buco laríngea » » » —Agua hirviendo.—Traqueotomía	—	—	—	—	—	—	—	1	—	—	—	—	—	—
	—	—	—	1	—	2	1	8	3	4	4	2	2	2

Mujeres = 10. Varones = 19.—**Total = 29.**

XVII.—Afecciones varias:

	M.	V.	M.	V.	M.	V.	M.	V.	M.	V.	M.	V.	M.	V.
Mamitis del recién nacido	3	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
» izquierda supurada	—	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
» traumática derecha	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1	—
Tumor congénito de la mano izquierda	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Enfriamiento	—	—	2	1	—	—	3	2	4	1	1	1	—	—
Pie-bot-varo-equino doble congénito	—	—	—	1	—	—	1	1	1	1	—	—	—	—
» » » » izquierdo congénito	—	—	1	—	—	1	1	—	1	1	—	—	—	—
» » » » derecho	—	—	—	—	—	—	—	—	1	1	—	—	—	—
Sindactilia	—	—	—	—	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Polidactilia	—	—	—	—	—	—	1	—	—	—	—	—	—	—
Ránula sublingual	—	—	—	—	—	—	—	—	1	—	—	—	—	—
Papiloma de los dedos	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1	—	—
Mixoedema congénito	—	—	—	—	1	2	—	—	—	—	—	—	—	—
Tumor del meñique derecho	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1	—
Onixis	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1
Panadizos	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1	—	9	1	3
Genu-valgum	—	—	—	—	—	—	—	1	—	—	—	—	—	—
» doble	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1	—	—
Quiste congénito infectado de la región mamaria	—	—	—	—	—	1	—	—	—	—	—	—	—	—
» dermoideo infectado	—	—	—	—	—	—	—	1	—	—	—	—	—	—
» labio inferior	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1	—	—

Quiste sebáceo región submental	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1	—	—	—
» » » orbitaria ext.	—	—	—	—	—	—	—	—	1	—	—	—	—	—
» » cara	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1	—	—	—
» dermoideo intraabdominal congénito	—	—	—	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Atrofia congénita brazo derecho	—	—	—	—	—	1	—	—	—	—	—	—	—	—
Pederastía pasiva	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1	2	—	4
» » chancros blandos anales	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1
Hipetrofia aguda simple de los tiroides	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1	—
Sarcoma pelviano	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1	—	—
» abdominal	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1	—	—
» encía max. sup. der	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1	—	—
» del ojo	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1	—	1	—	—
» maxilar inferior	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1	—	—	—
» » superior	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1	—	1	—	—
Epitelioma maxilar superior	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1
Tumor vascular del muslo	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	2
» » de la cara	—	—	—	—	—	—	—	—	1	—	—	—	—	—
Angioma de la cara	—	—	—	—	—	—	—	1	—	—	—	—	—	—
» » » pierna	—	—	—	—	—	—	—	—	1	—	—	—	—	—
» del labio superior	—	—	—	—	—	1	—	—	—	—	—	—	—	—
» » cuero cabelludo	—	—	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Adenolinfoma maligno maxilar superior	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1	—	—
Quiste pared toráxica.—Hernia del pulmón?	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Por no haber sido incluídas en su cuadro. { Tenia-paraplegia aguda—marcha atáxica	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1	—	—
Parálisis infantil. Triplegia á focos sucesivos, brazo der. sano	—	—	—	—	—	—	—	1	—	—	—	—	—	—
» » Diplegia cruzada á focos sucesivos	—	—	—	—	—	—	—	1	—	—	—	—	—	—
» » cuadriplegia	—	—	—	—	—	—	—	1	—	—	—	—	—	—
Paraplegia origen diftérico	—	—	—	—	—	—	—	1	—	—	—	—	—	—
	3	2	4	3	2	6	6	10	11	8	5	22	4	12

Mujeres = 35 Varones = 67.—**Total = 102.**

4.ª SESIÓN

SÁBADO 23 DE MARZO DE 1907

Presidencia del doctor Elías Rojas (DE COSTA RICA)

SUMARIO:—*Dr. Joaquín Llambías y señor Emilio Lorenz*—Contribución al estudio de la pancreatitis aguda.—*Dr. Genaro Sisto*—El niño débil y la escuela. La Copa de Leche escolar —*Dr. Luis Morquio*—Sobre el valor del examen de la leche en la lactancia á pecho.—*Dr. Genaro Sisto*—Llanto sifilítico. Nuevo signo de sífilis hereditaria.—*Dr. Fernandes Figueira*—A pressao sanguinea nas crianças.—*Dr. Elías Rojas*—Manifestaciones viscerales del paludismo.

Contribución al estudio de la pancreatitis aguda

POR EL

Dr. Joaquín Llambías

Prosector del Hospital San Roque, de Buenos Aires

Y

Emilio Lorenz

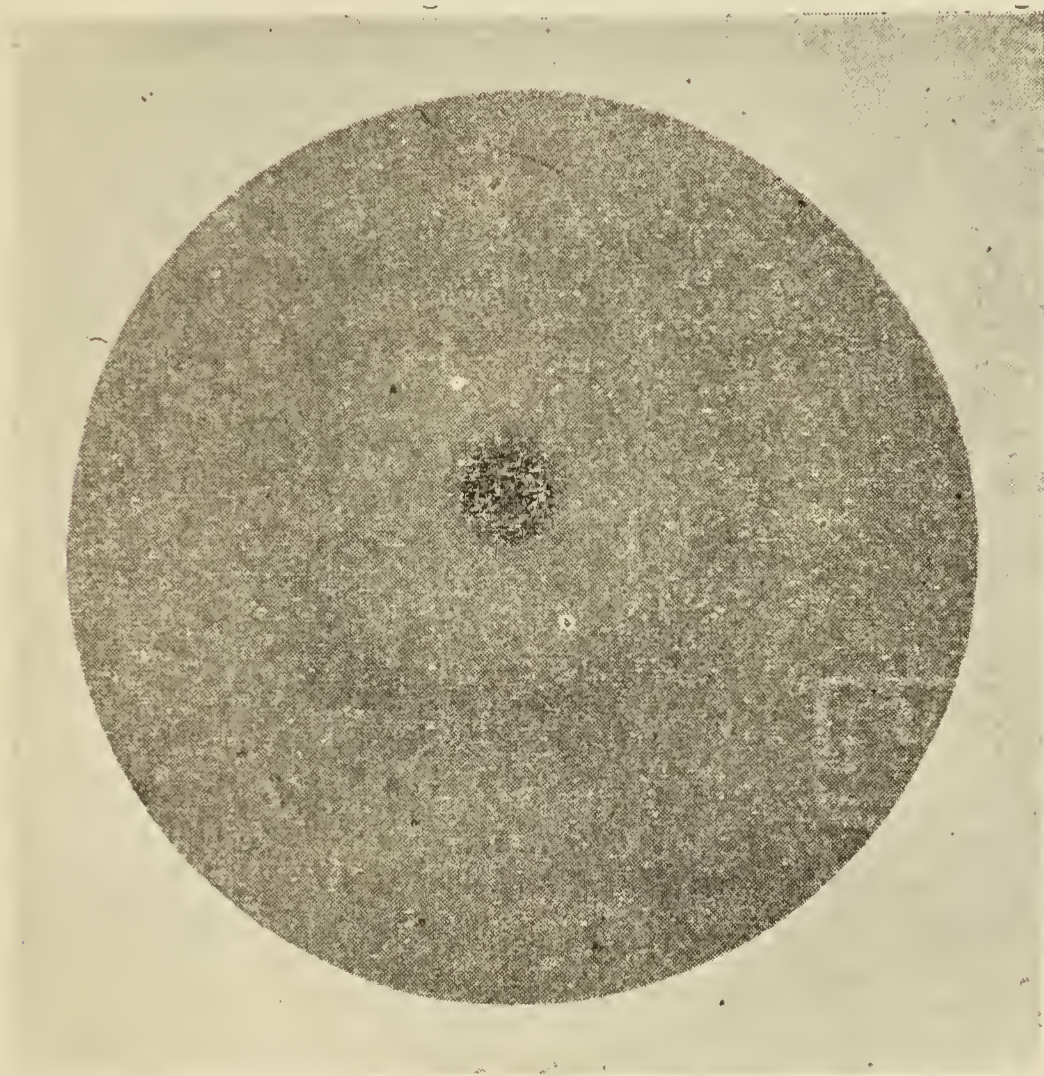
Ayudante

I

No vamos á estudiar en detalle las pancreatitis agudas. No conocemos otro caso entre nosotros que el publicado por el doctor Repetto en la «Revista de la Sociedad Médica Argentina», 1904, número 69. Nuestro principal objeto es presentar los resultados de nuestros estudios sobre un caso de la clínica ginecológica del hospital San Roque, cuya necropsia hicimos.

Pero antes haremos un resumen de la cuestión de las pancreatitis agudas, cuestión que atraviesa actualmente un período de notable actividad.

Esta afección era tan poco conocida, que Debove y Achard afirmaban que constituía las más de las veces *trouvailles* de autopsias, á pesar del hermoso trabajo de conjunto que publicaba Nimier en «Revue de Chirurgie», 1893, y de que Körte sentaba las bases del tratamiento de las afecciones supuradas del páncreas en el XXIII Congreso Alemán de Cirugía.



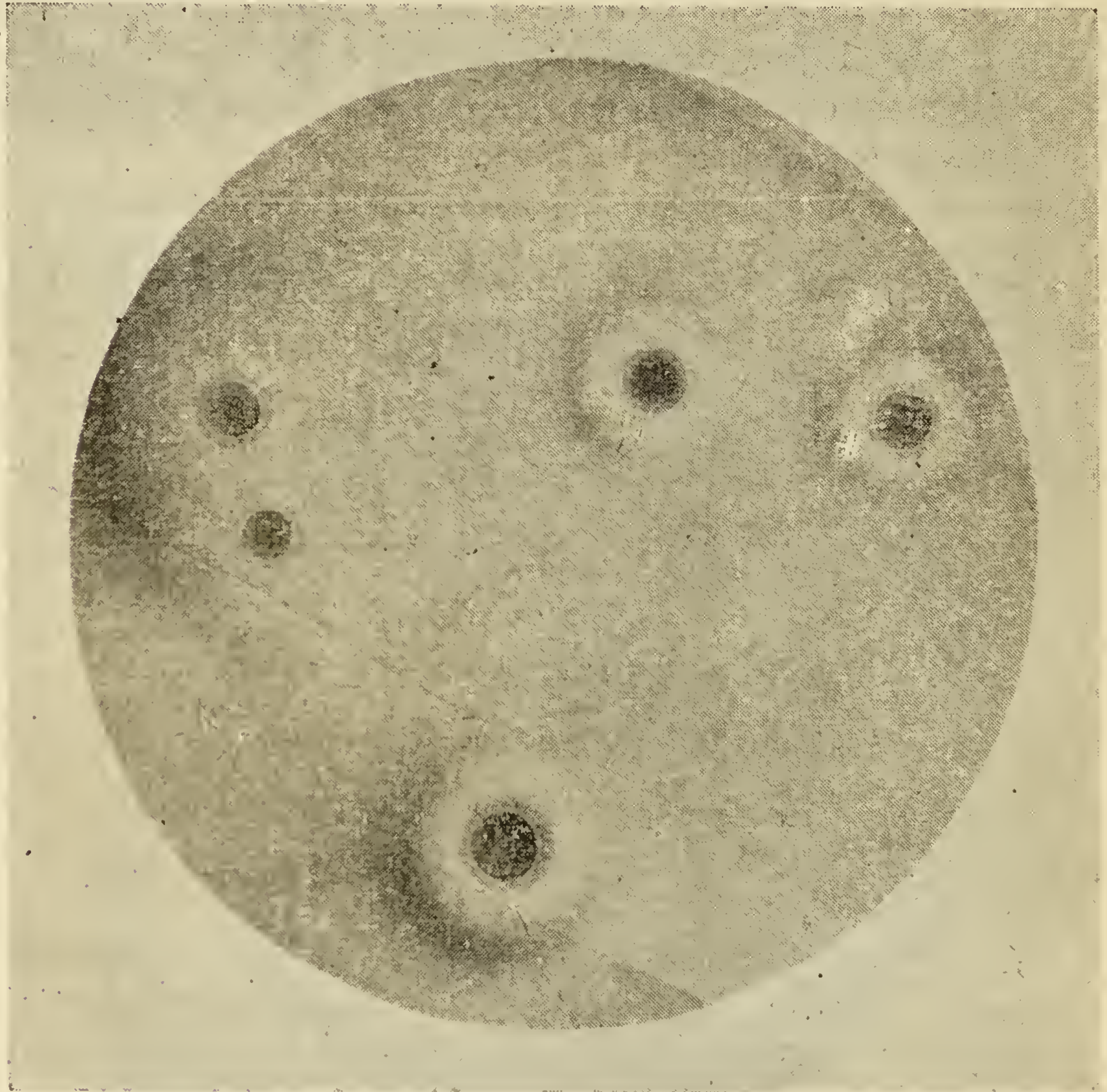
Colonia en gelatina (3.er día)

Hoy el número de casos estudiados y tratados es relativamente grande: su mayor parte se refiere á pancreatitis hemorrágicas y á necrosis ó supuraciones del páncreas.

Las afecciones agudas del páncreas son: la pancreatitis parenquimatosa aguda, la supurada, la hemorrágica y la necrósica.

La pancreatitis parenquimatosa aguda acompaña los procesos infecciosos en general: neumonía, escarlatina, viruela, fiebre tifoidea, etc. La lesión anatómica correspondiente es la tumefacción turbia y la

degeneración grasosa de las células. Klipel estudió estas alteraciones en los «Archivos Generales de Medicina», 1897, bajo el epígrafe de *Páncreas infeccioso*. La glándula salivar abdominal responde á la acción de las enfermedades infecciosas agudas, como los demás órganos, presentando lesiones degenerativas de sus células.



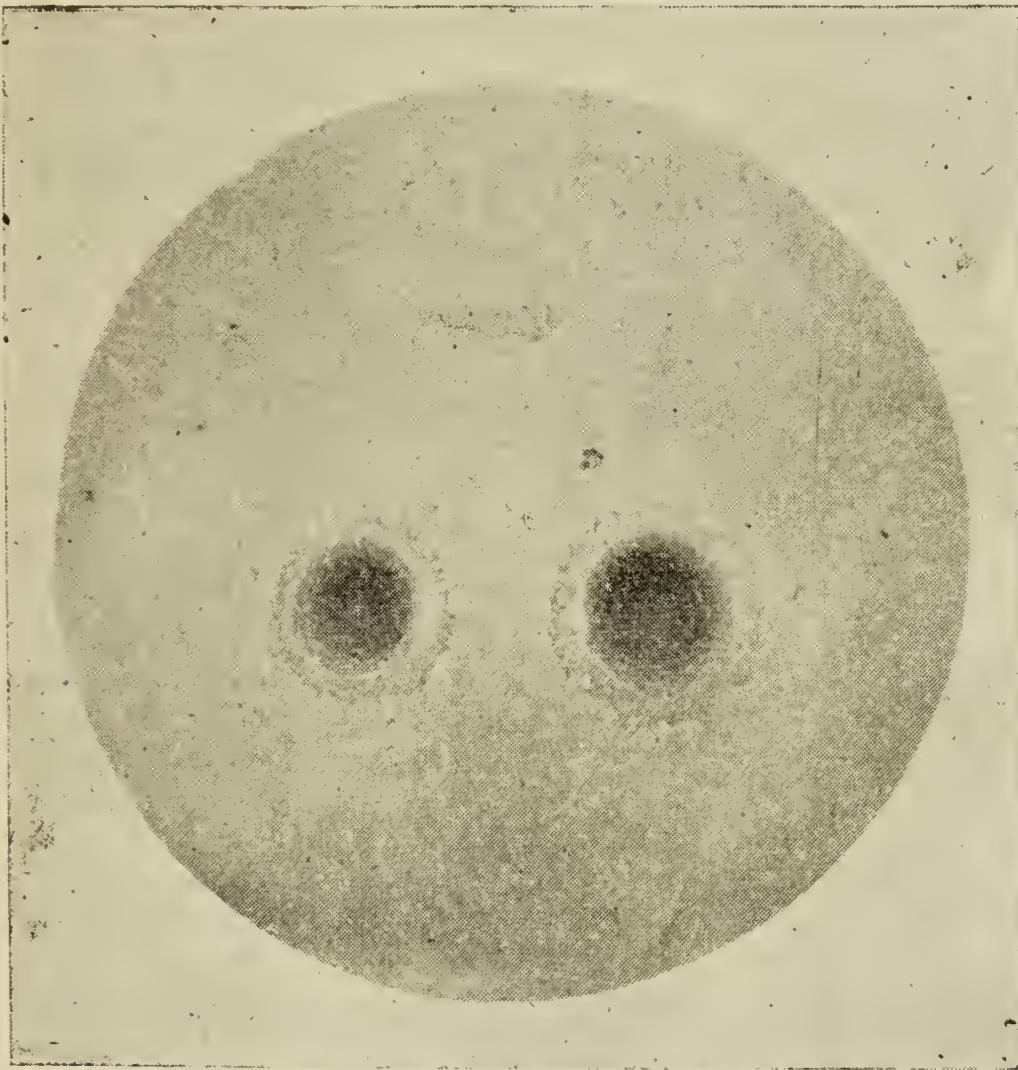
Colonias en gelatina (3.er día)

La pancreatitis supurada sería la consecuencia del transporte de gérmenes patógenos al órgano; pero la llegada de éstos al canal de Wirsung requiere circunstancias especiales, por el obstáculo que oponen la acción mecánica de la corriente del jugo y la acción bactericida y antitóxica del mismo. La retención del jugo sería, por consiguiente, un factor importante (Hallion et Falloise, «Presse Médicale», 1905). Así se explican los casos de pancreatitis cuyo punto de partida está en los órganos vecinos, (colecistitis, cálculo biliar, adherencias inflamatorias ó cicatriciales, etc.) en los cuales la compresión ú obstrucción del canal de Wirsung juega tal vez el principal rol.

La acción antitóxica del jugo pancreático ha sido demostrada por

la siguiente experiencia de Levaditi y Charrin. Inyectando toxina tetánica en el duodeno del perro, los autores produjeron el tétano en 14 días; pero inyectando una cantidad de toxina mucho menor en el tejido celular subcutáneo, produjeron el tétano á las pocas horas.

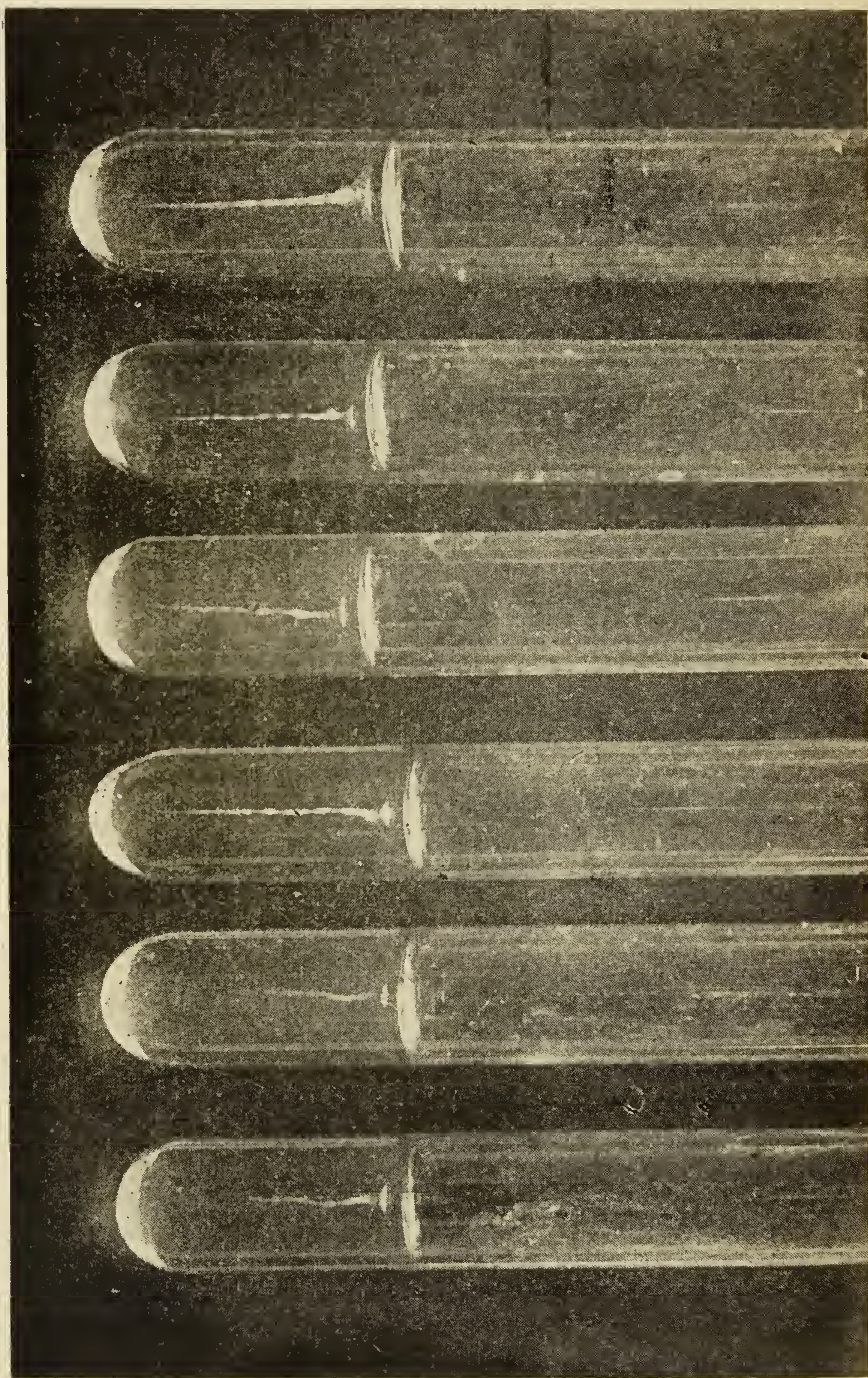
Remedi, en «Archivos Internacionales de Cirugía», vol. II, establece cuatro vías de infección del páncreas: 1.ª Herida penetrante



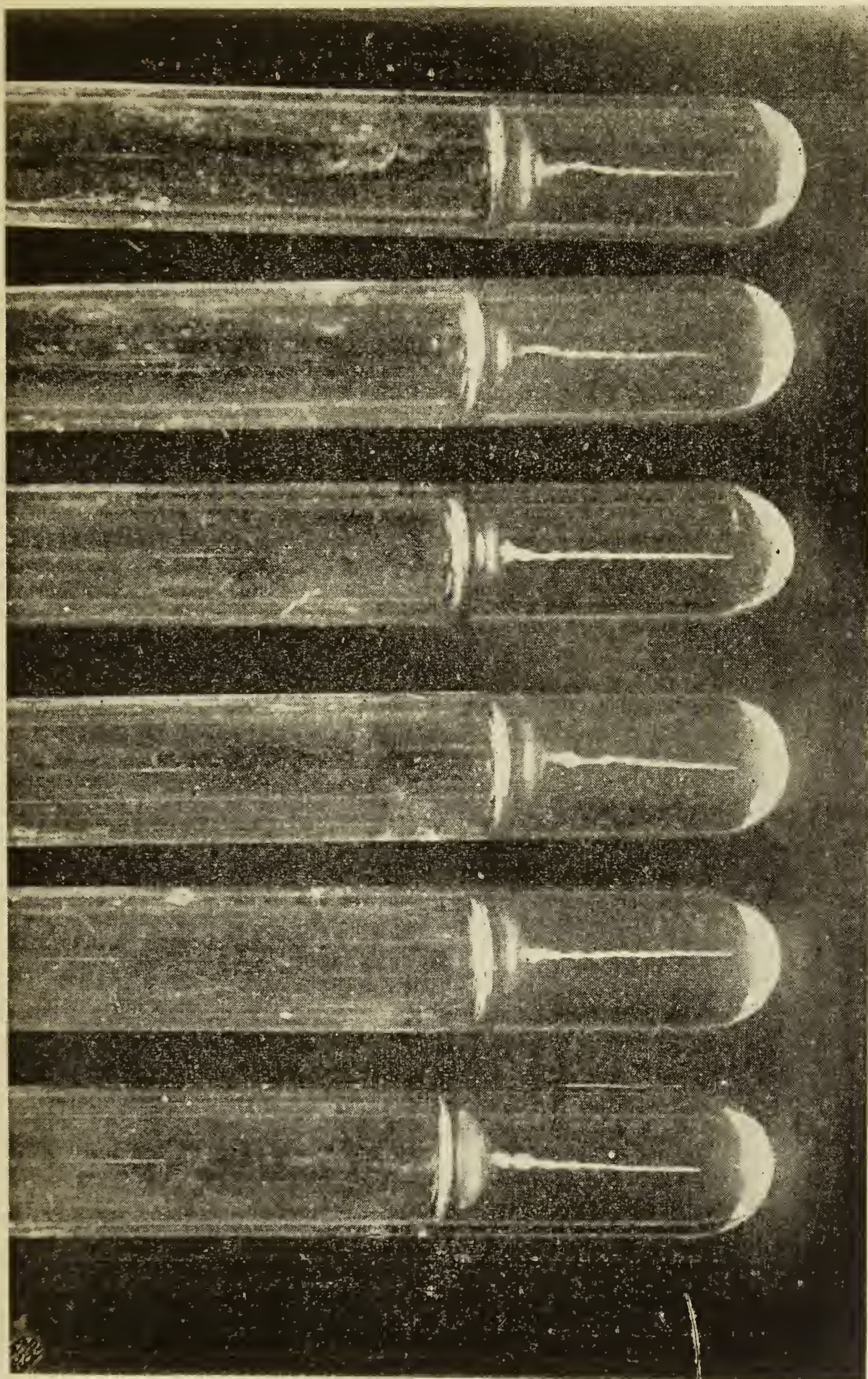
Colonias en gelatina (3.er día)

(raro); 2.ª Propagación por la vía sanguínea ó linfática; 3.ª Propagación directa de una afección inflamatoria de los órganos vecinos; 4.ª Penetración de los bacterios del intestino en el canal de Wirsung. Esta última sería la más frecuente; pero exige condiciones especiales, desde que no existen normalmente en el intestino delgado gérmenes patógenos y que el jugo pancreático es bactericida. Para el autor la producción de cálculos juega un gran rol.

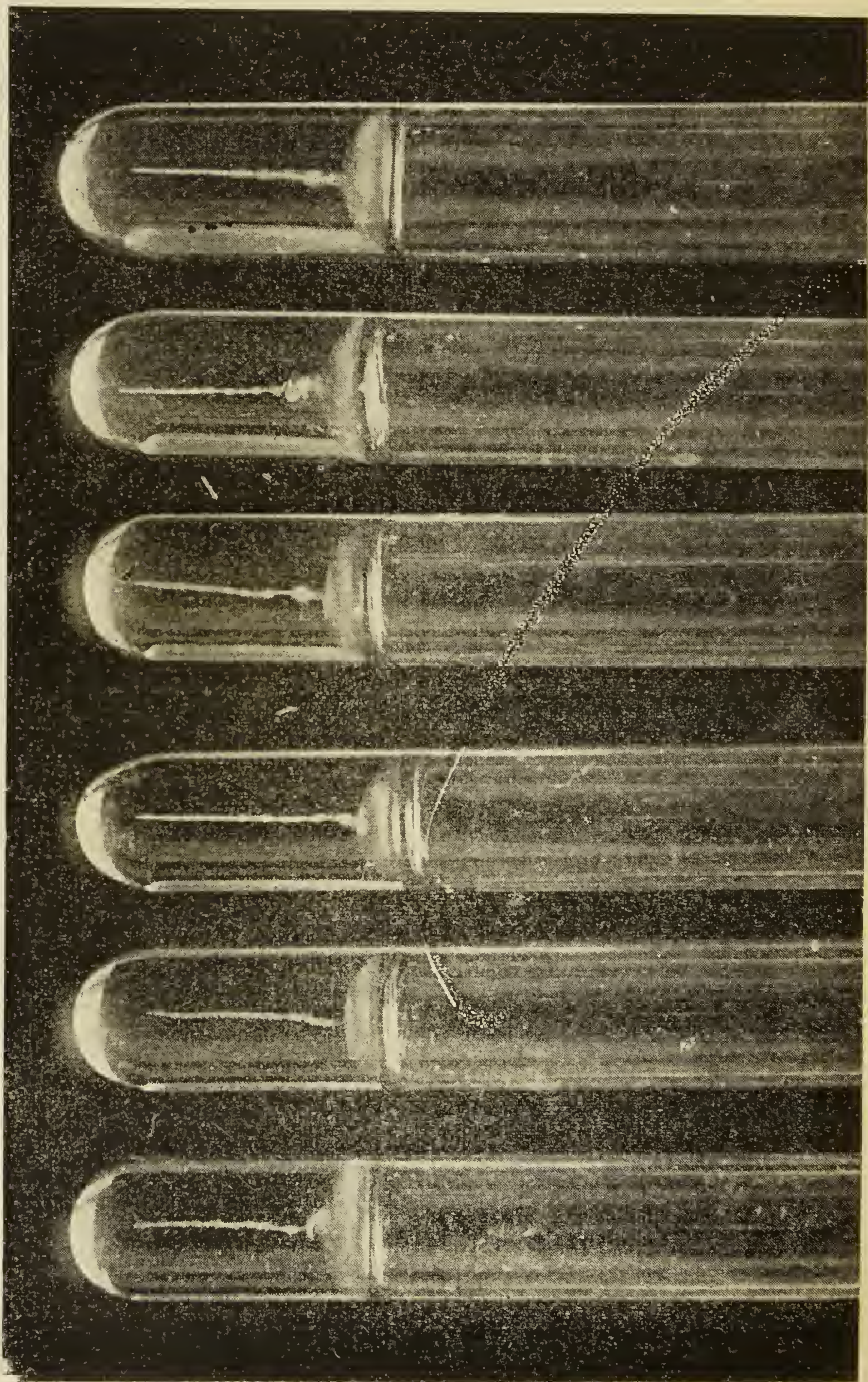
Intervienen en la supuración del páncreas microorganismos diversos: coli comune, estreptococo, diplococo de Talamon Frænkel, Devoto, X Congreso de la Sociedad de Medicina Interna de Roma, 1899.



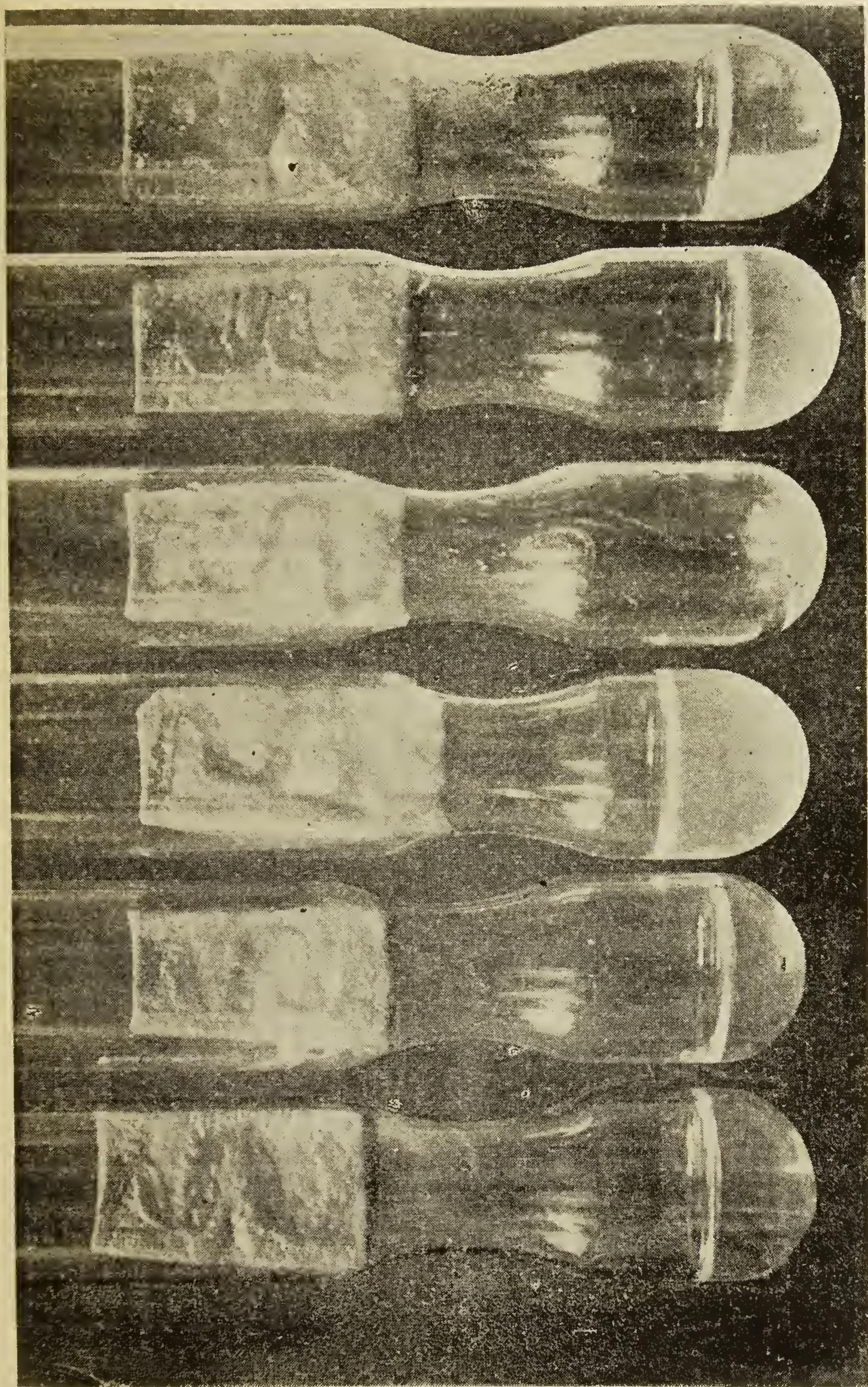
Punción en gelatina (24 horas)



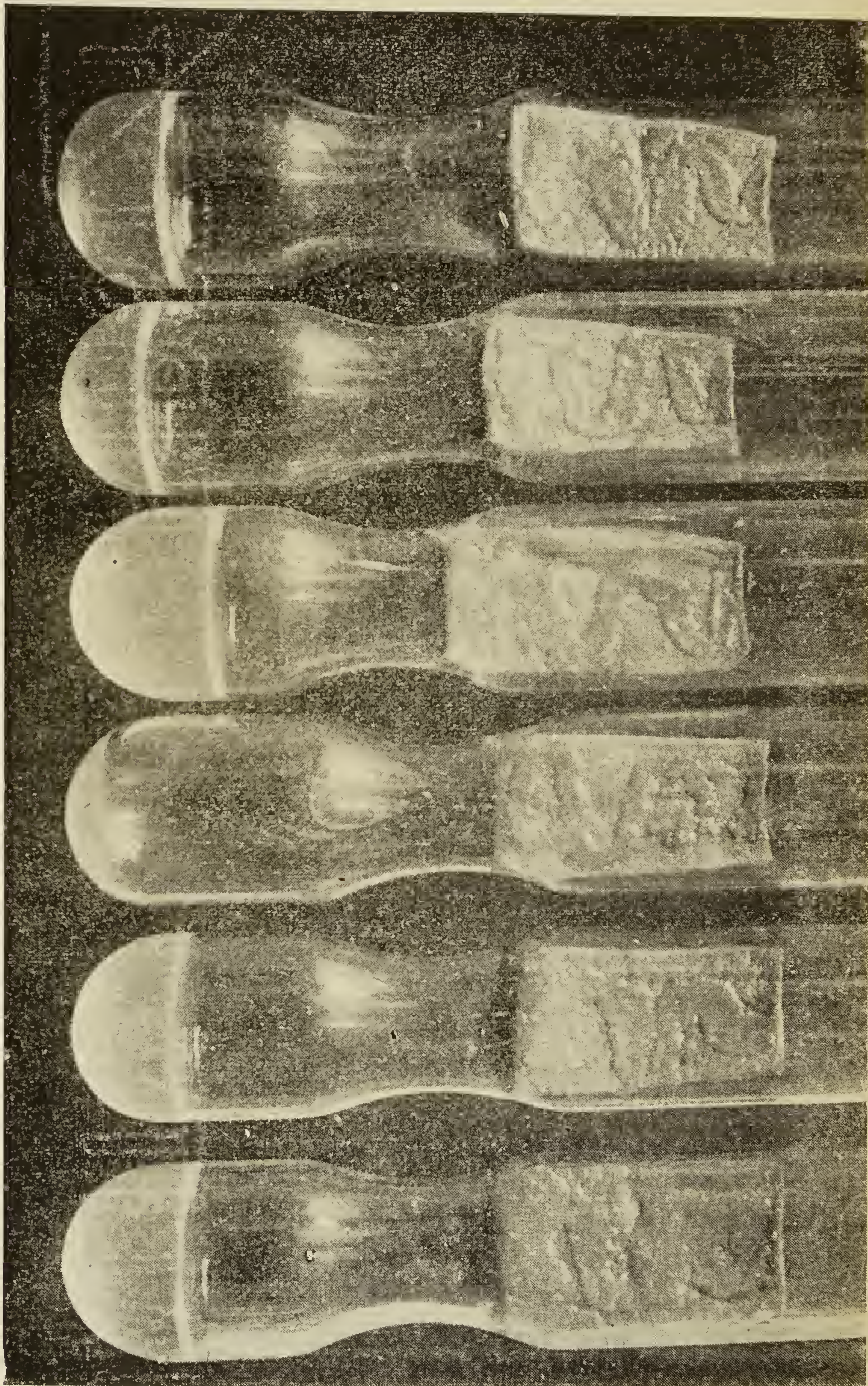
Punción en gelatina (48 horas)



Punción en gelatina (3 días)



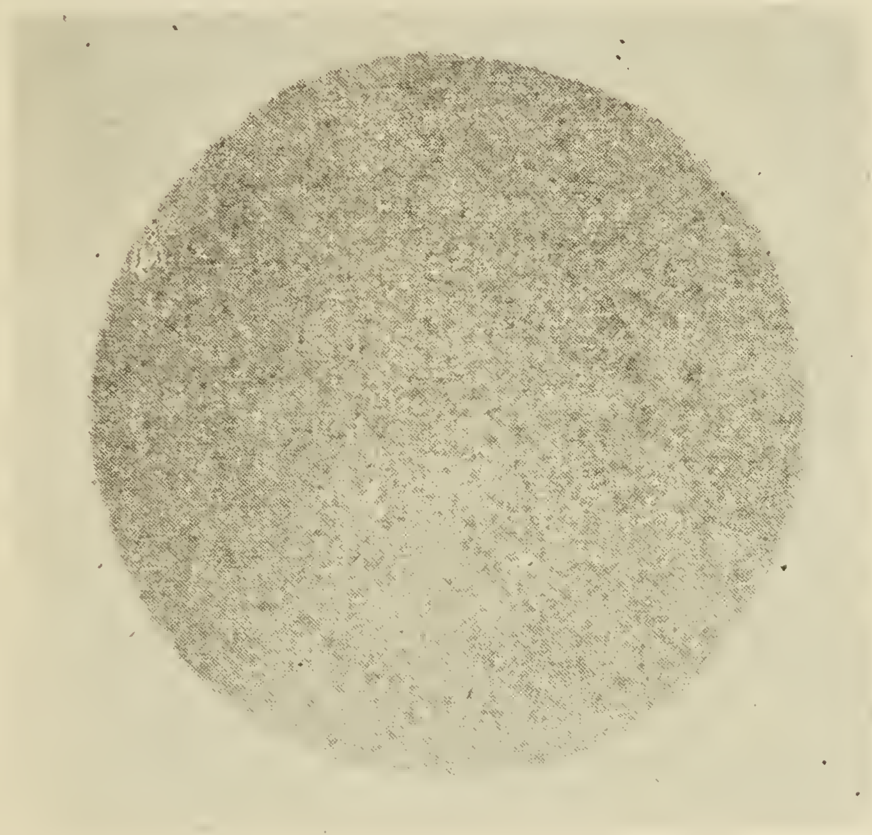
Cultivos en papas (24 horas)



Cultivos en papas (48 horas)

Las otras dos formas de pancreatitis, hemorrágica y necrósica, en muchos casos difíciles de separar por la promiscuidad de las lesiones, han podido ser estudiadas merced á numerosas experiencias, que han logrado reproducir la enfermedad del hombre. Indudablemente hay casos que justifican la individualidad propia de la forma hemorrágica.

Hildebrand, Hess, Flexner y Pearse, Bunge, Mayer, Körte, Guleke y otros más, han aclarado muchos puntos de la patogenia de las pancreatitis.



De cultivo en papas

En general las experiencias han exigido las siguientes condiciones:

1.a La oclusión del conducto excretor;

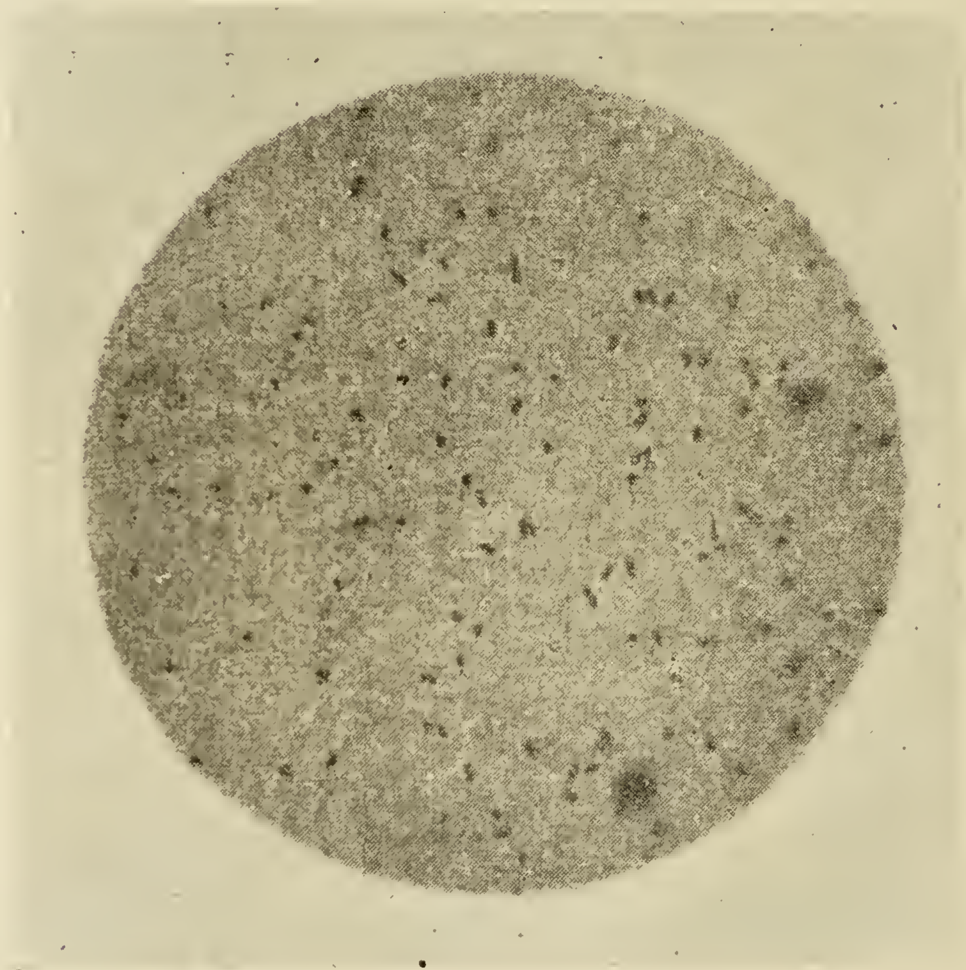
2.a La alteración del jugo pancreático por inyección de substancias extrañas, como aceite, jugo gástrico, jugo entérico, jabón de soda, esencia de trementina, ácido clorhídrico, microbios patógenos, etc.

Todos los experimentadores han logrado producir la hemorragia y la necrosis del tejido grasoso, es decir, el conjunto anátomopatológico que por primera vez describió Balser en «Virchow's Archiv», 1882. Y para la mayoría de ellos la hemorragia sería el fenómeno primordial.

La hemorragia pondría en juego la acción de contacto, acción digestiva, del jugo pancreático, y la necrosis sería la consecuencia. Pero no se crea que la necrosis sea debida únicamente á esta acción de

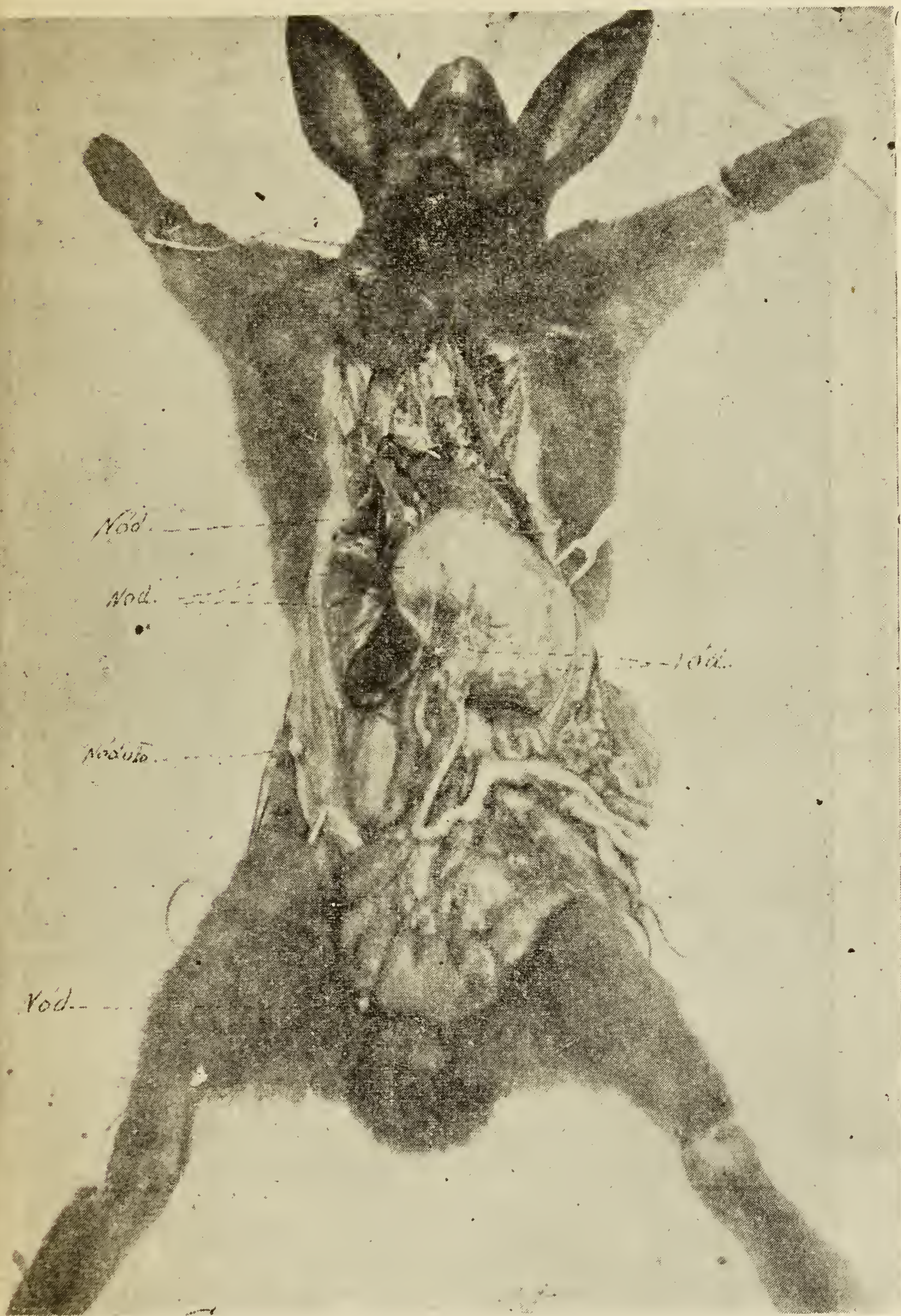
contacto, pues Guleke («Langembeck's Archiv», Bd. LXXVII) dice: «la disposición de la necrosis grasosa cerca del páncreas y en la cavidad abdominal, siguiendo las vías linfáticas, deja comprender que el jugo pancreático obra no solamente por su acción de contacto, sino que llevado por las vías linfáticas despliega en otros puntos su acción desdoblante de las grasas».

Chiari, en el XV Congreso Internacional de Ciencias Médicas (Lisboa, 1906), dice que la necrosis del tejido grasoso es producida por

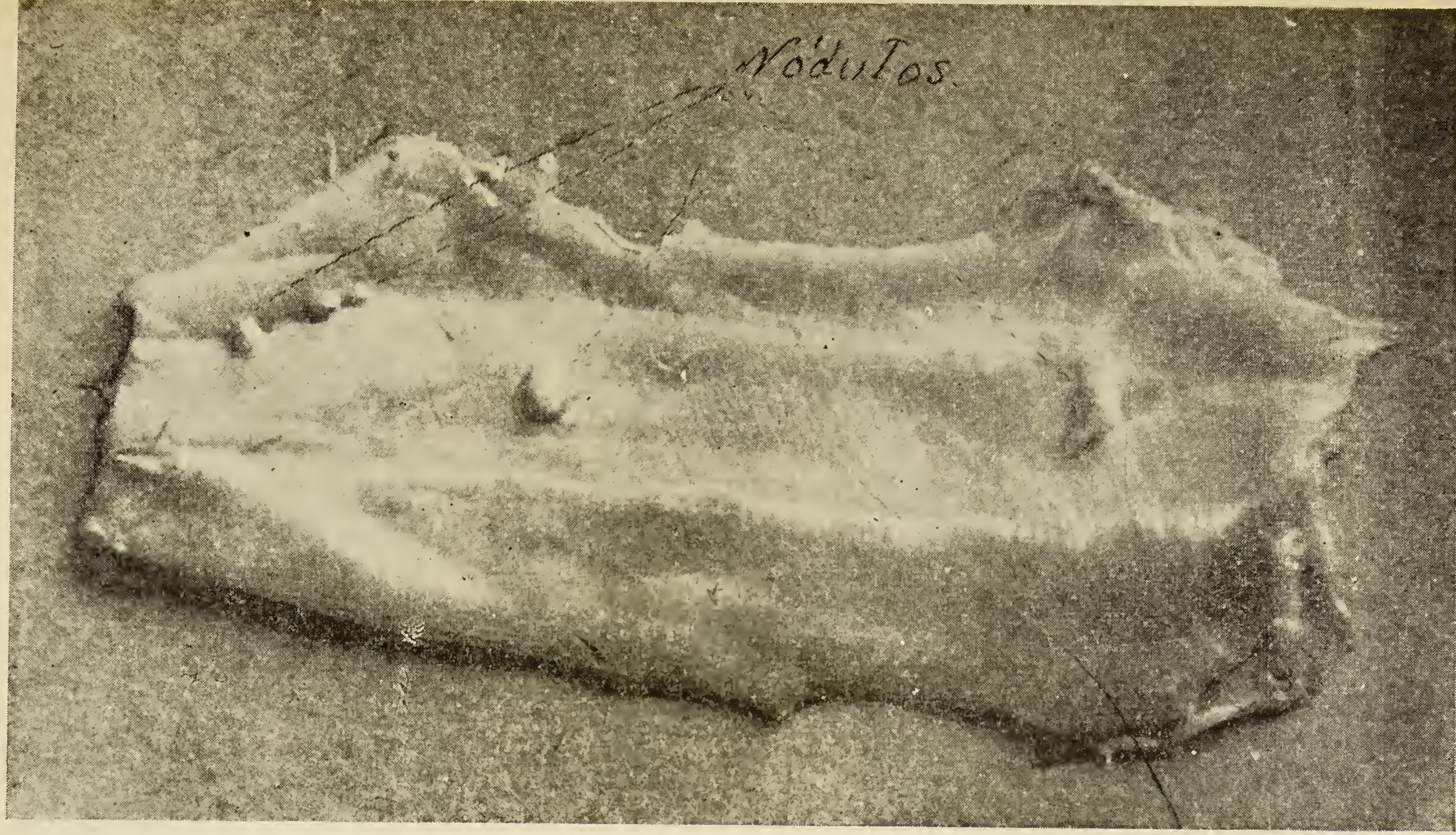


De cultivo en gelatina

el jugo pancreático y en particular por los fermentos proteolítico y lipolítico que contiene. Y se pregunta: ¿cómo es posible explicar la acción del jugo en ausencia de soluciones de continuidad en las vías conductoras? Es aquí que interviene el fermento proteolítico, que en ciertas circunstancias es capaz de digerir el tejido pancreático mismo. Este jugo pancreático salido de la glándula por autodigestión de su tejido, puede por la acción del fermento lipolítico producir la necrosis del tejido grasoso en el páncreas y fuera de él. Existe, pues, una relación de causa á efecto entre la autodigestión tríptica y la necrosis del tejido adiposo. Y así las pancreatitis agudas, hemorrágica ó gangrenosa, y la apoplejía del páncreas no son más que una autodigestión de la glándula. Entre las causas de este proceso Chiari cita:



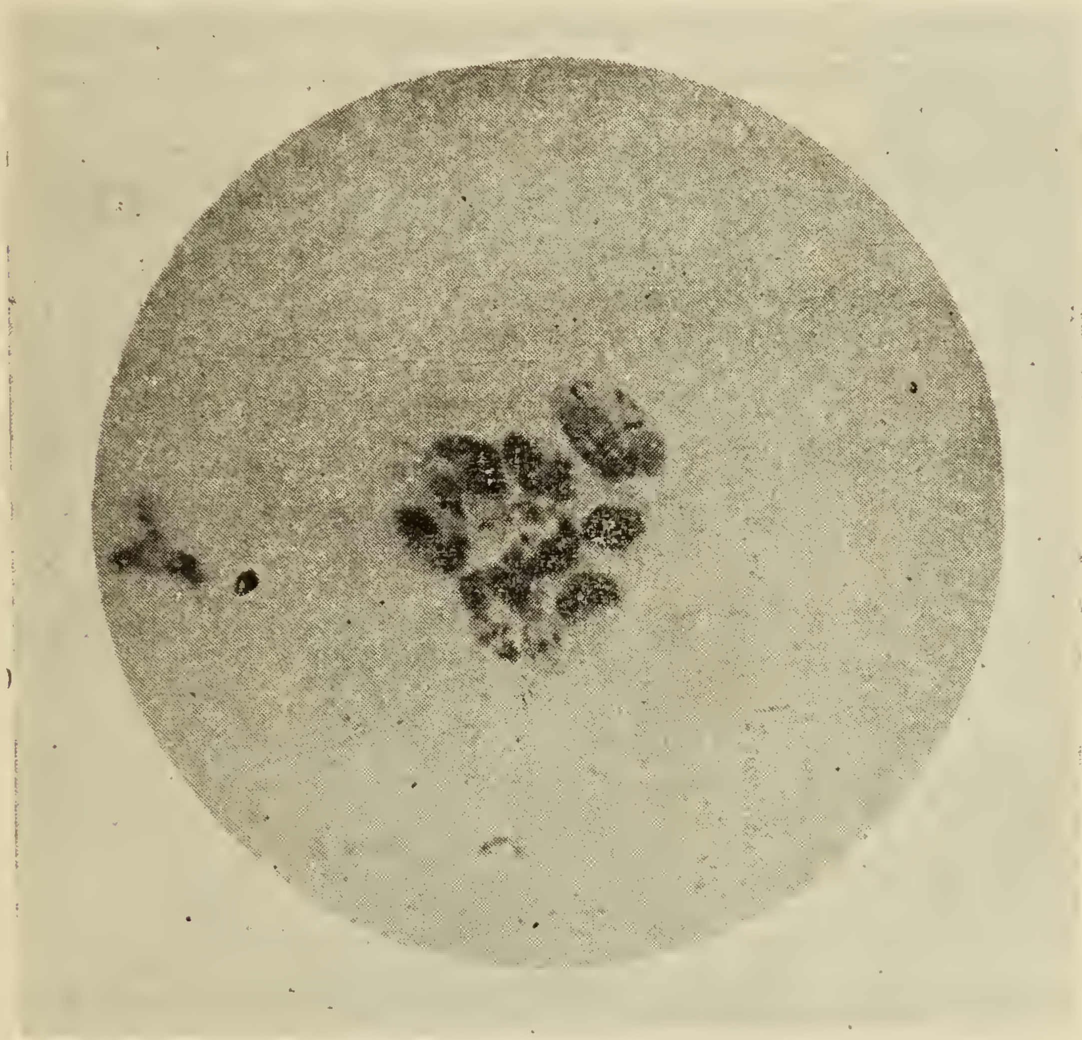
Conejo inoculado



Cara interna, pared abdominal anterior

1.ª *Lesiones traumáticas del páncreas;*
2.ª *Alteraciones de la circulación local;*
3.ª *Obstáculo á la secreción del jugo pancreático;*
4.ª *La actividad de este jugo sería exagerada bajo la influencia de una kinasa.*

Como se ve, Chiari acuerda también importancia á las alteraciones



Fagocitosis del bacilo en el conejillo de Indias

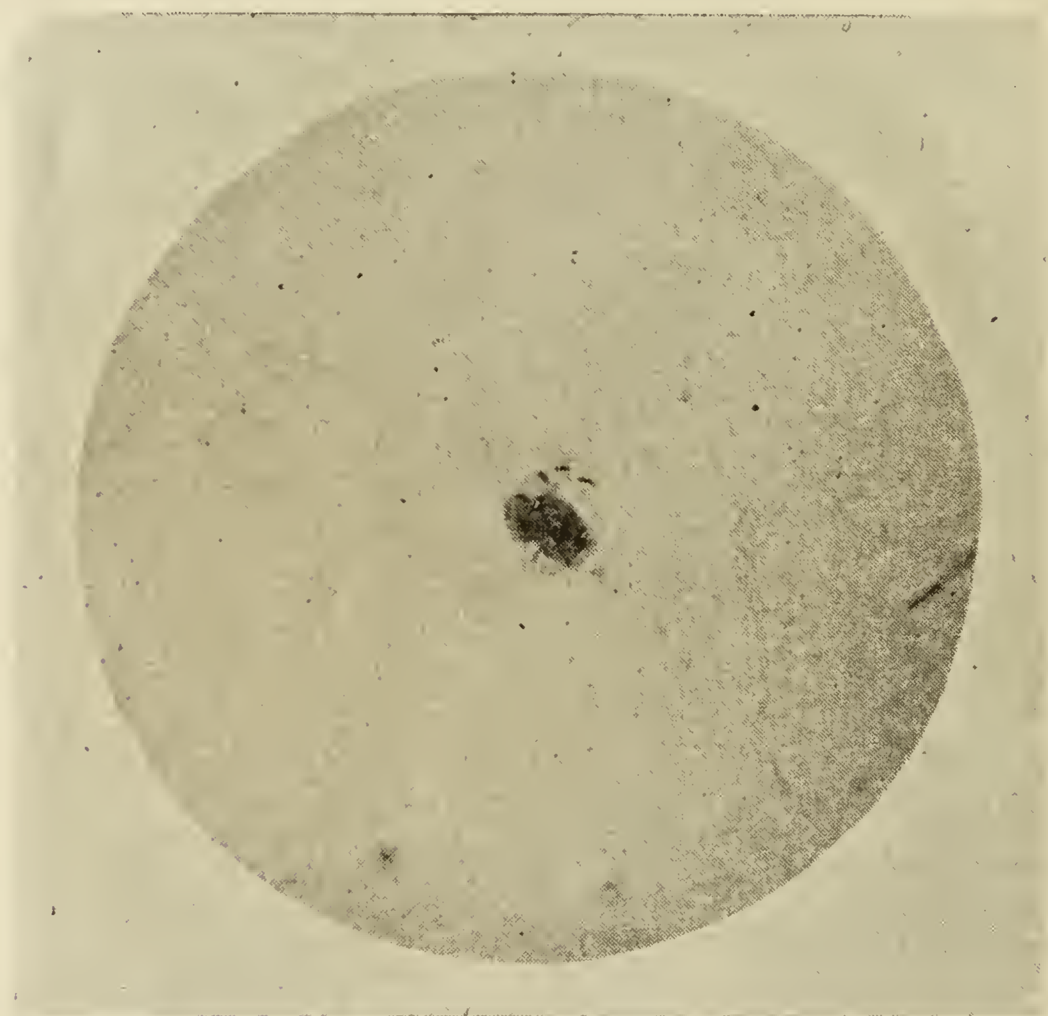
de la circulación local. En efecto, la inyección de aceite y de parafina en las arterias del órgano han producido las mismas lesiones, y Desjardin, en su tesis, dice que la ligadura de las venas produce por hiperplasia mecánica ó inflamatoria del tejido glandular, la degeneración grasosa y la formación de embolias grasosas en el trayecto de las vías linfáticas.

Entre nosotros, Dessy produjo la lesión experimentalmente, introduciendo en el conducto pancreático, previamente ligado, substancias intestinales que contenían kinasas capaces de aumentar la actividad de los fermentos pancreáticos. (Nota á la Academia de Medicina de Florencia, resumen en «Il Policlinico», 1905, Sezione Pratica, Fas. 9).

Podemos, pues, aceptar que la necrosis del tejido pancreático y grasoso es debida á la hemorragia y á la autodigestión de tejido glandular, según el cuadro que sigue:

Necrosis por	Hemorragia de causa	Inflamatoria
		Trastornos circulatorios
	Autodigestión	

La necrosis grasosa se acompaña de lesiones degenerativas en otros órganos. Wiesel («Centralblatt für Chirurgie», 1906), observó focos



Fagocitosis del acilo en el conejillo de Indias

de degeneración grasosa del hígado y á veces la necrosis central del acino. Y además una notable lipemia: los vasos del hígado y del riñón estaban llenos de finas gotitas de grasa, como si se hubiera inyectado aceite en ellos. En algunos puntos se encontraron embolias de células y colgajos celulares en las divisiones interacinosas de la porta. El autor cree que estas células son pancreáticas.

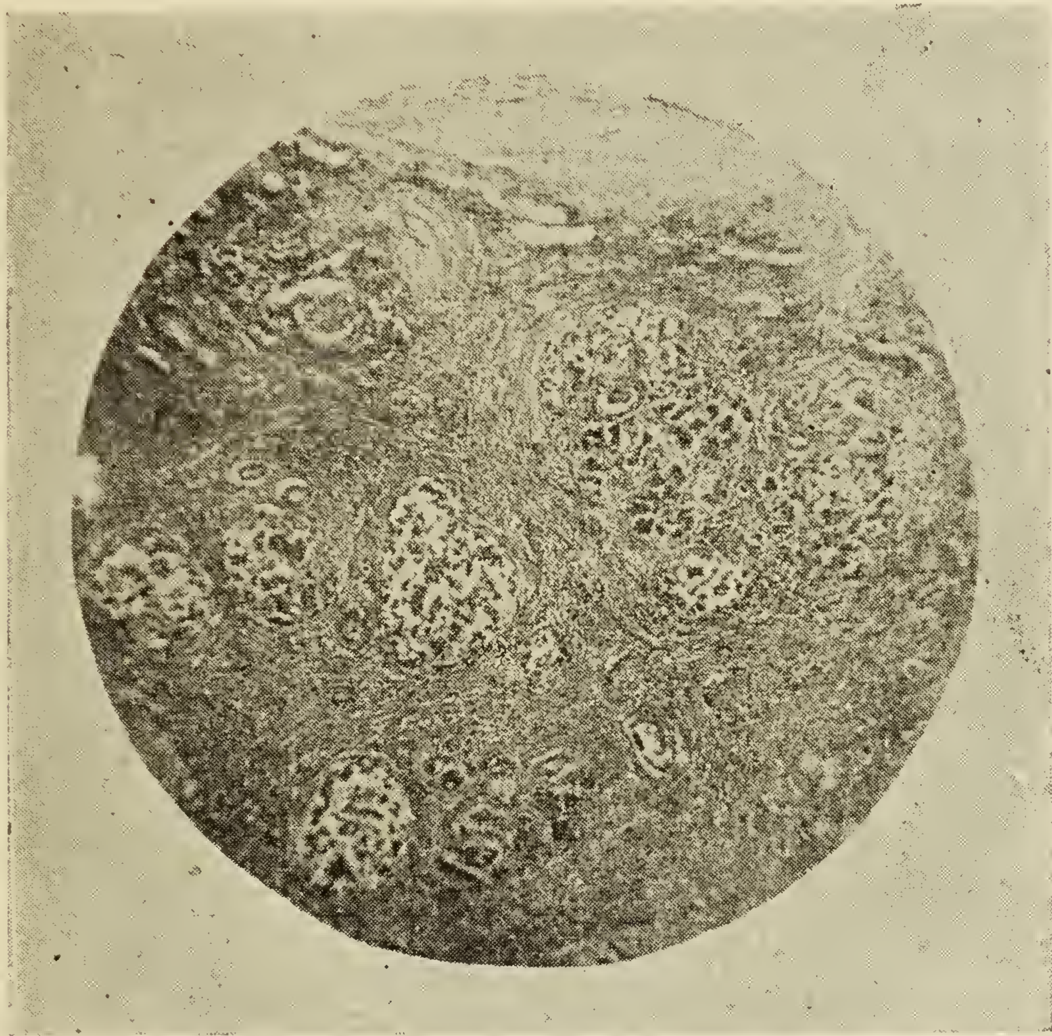
II

El caso que estudiamos es el siguiente:

Dolores L. de Lamarca, de 50 años, italiana, casada, ingresó á la

sala XII del hospital San Roque el 9 de abril de 1906, en un estado caquéctico. Se hizo diagnóstico de leucemia y murió el 31 de marzo. No hemos podido recoger más dato clínico que la existencia de fiebre que se atribuyó á la leucemia misma.

La autopsia suministró los siguientes datos: hipertrofia general de los ganglios linfáticos, cuyo volumen variaba entre un huevo de pa-



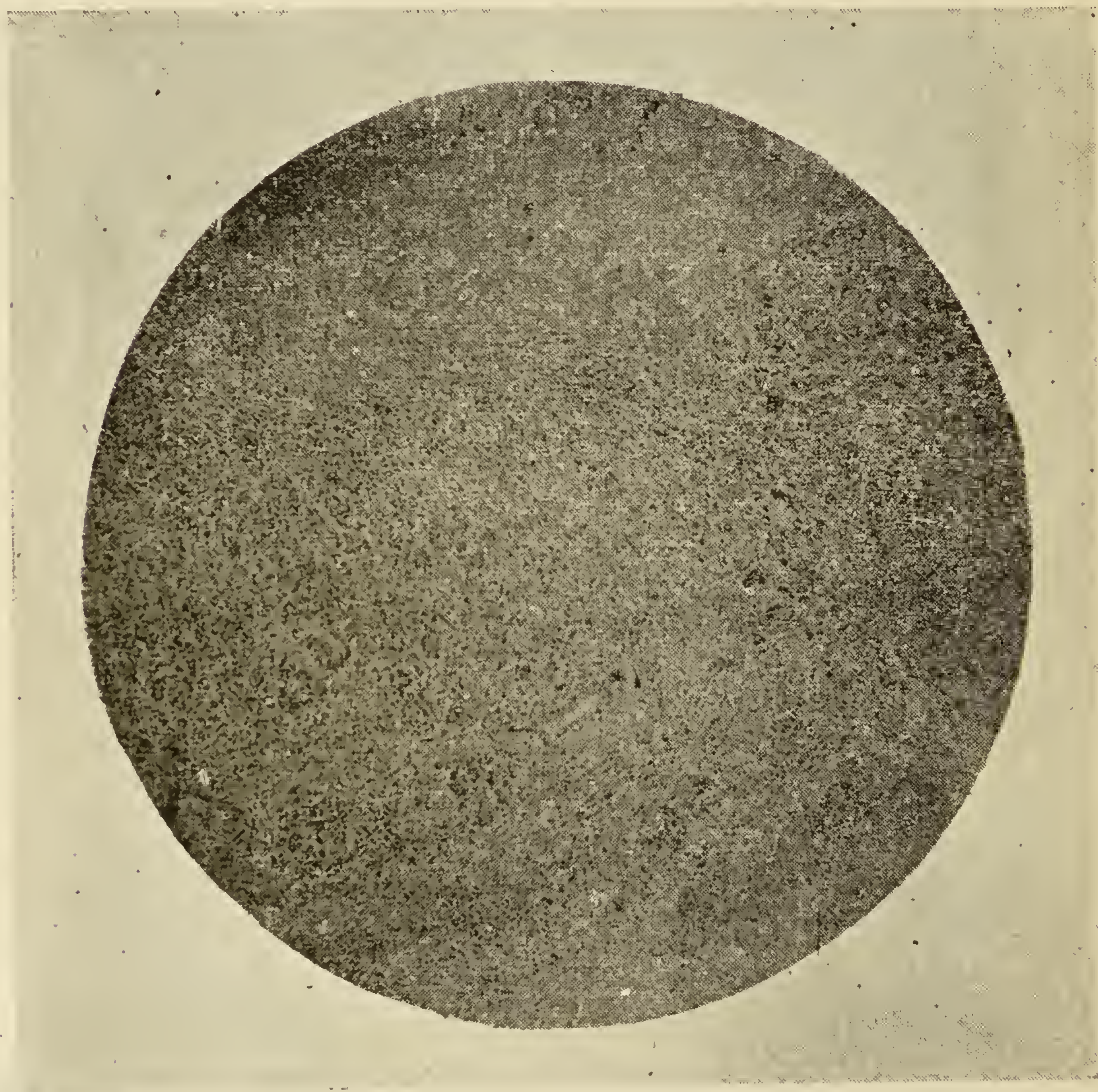
Esclerosis pronunciada del páncreas

loma y de gallina. Eran blandos, de coloración rojiza, al corte daban abundante jugo. El bazo es muy grande, de cápsula lisa, al corte pulpa consistente, sin corpúsculos visibles. Hígado grande, cápsula lisa, la superficie del corte es algo saliente y opaca, acino visible. Riñones grandes, cápsula lisa, no adherente, substancia cortical aumentada de espesor, superficie del corte saliente y sin brillo.

La cavidad peritoneal era lisa, la grasa del epiplón había desaparecido. Incindiendo el epiplón gastrocólico y levantando el estómago se ve que la cara posterior de éste está cubierta de un exudado fibrinoso. En el fondo, en el lugar que ocupa el páncreas se ve un grueso tumor, de superficie desigual, como roído por ratones, con puntos grises ó negruzcos, circundando agujeros profundos de los cuales sale

un líquido purulento. Todo el tumor, de consistencia dura, está formado por los ganglios que se unen en un solo cuerpo con el páncreas. Haciendo un corte anteroposterior de la masa, se ve que el tejido pancreático forma el fondo de las excavaciones que hemos mencionado arriba. El mesenterio es duro y de aspecto fibroso.

Los preparados frescos del líquido puriforme nos indicaron la



Corte de páncreas. Esclerosis, degeneración consecutiva en la parte derecha

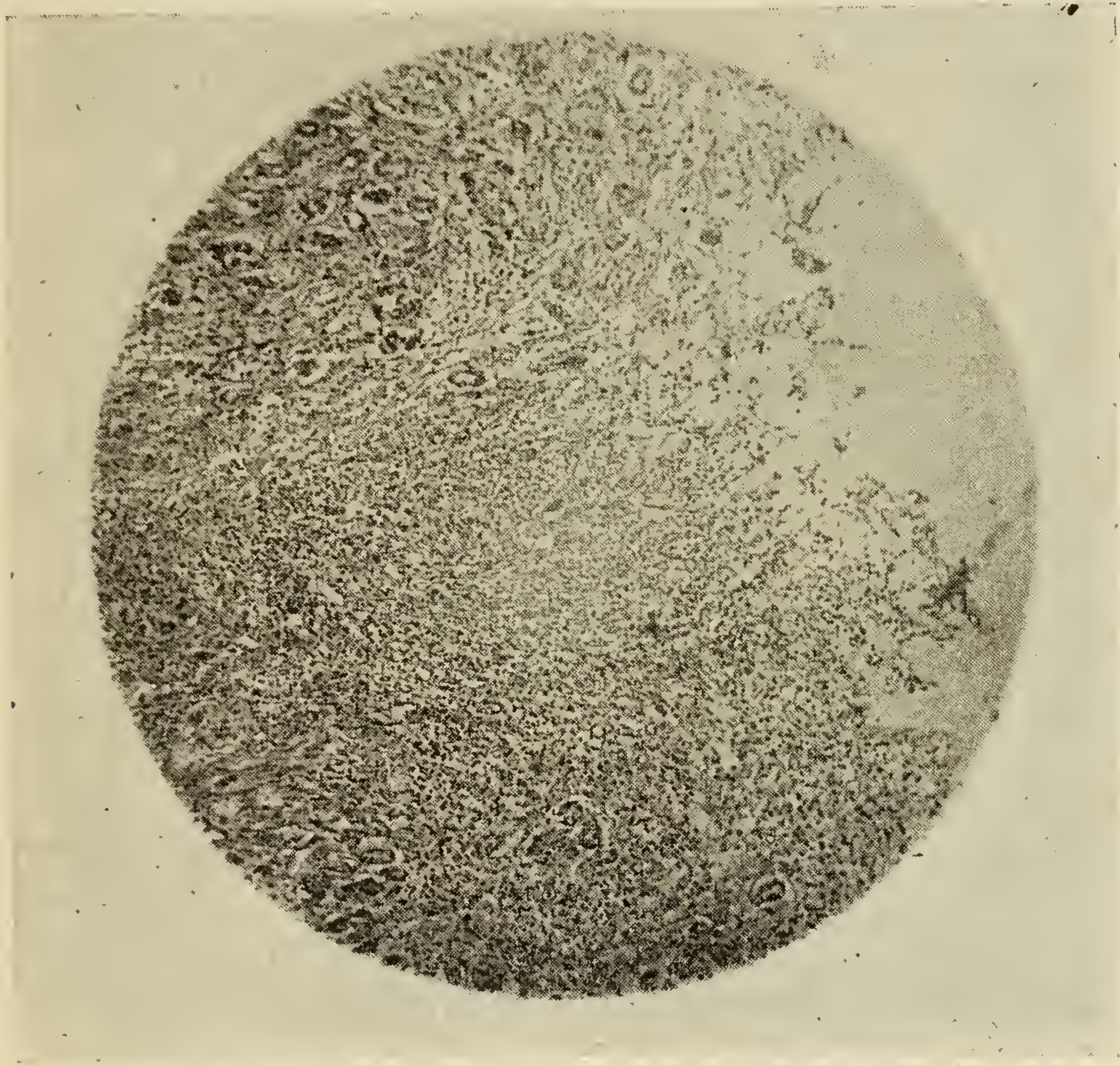
existencia de un detritus granuloso y abundantes glóbulos de pus. Los preparados teñidos nos indicaron algunos cocos, el bacilo coli comune y un bacilo pequeño, casi siempre dispuesto en 8 y relativamente abundante.

Los preparados de jugo ganglionar no presentaron microorganismos.

Hicimos siembras en gelatina y conseguimos obtener cultivos puros del bacilo en 8 á que antes hemos hecho referencia.

Los caracteres de este bacilo son:

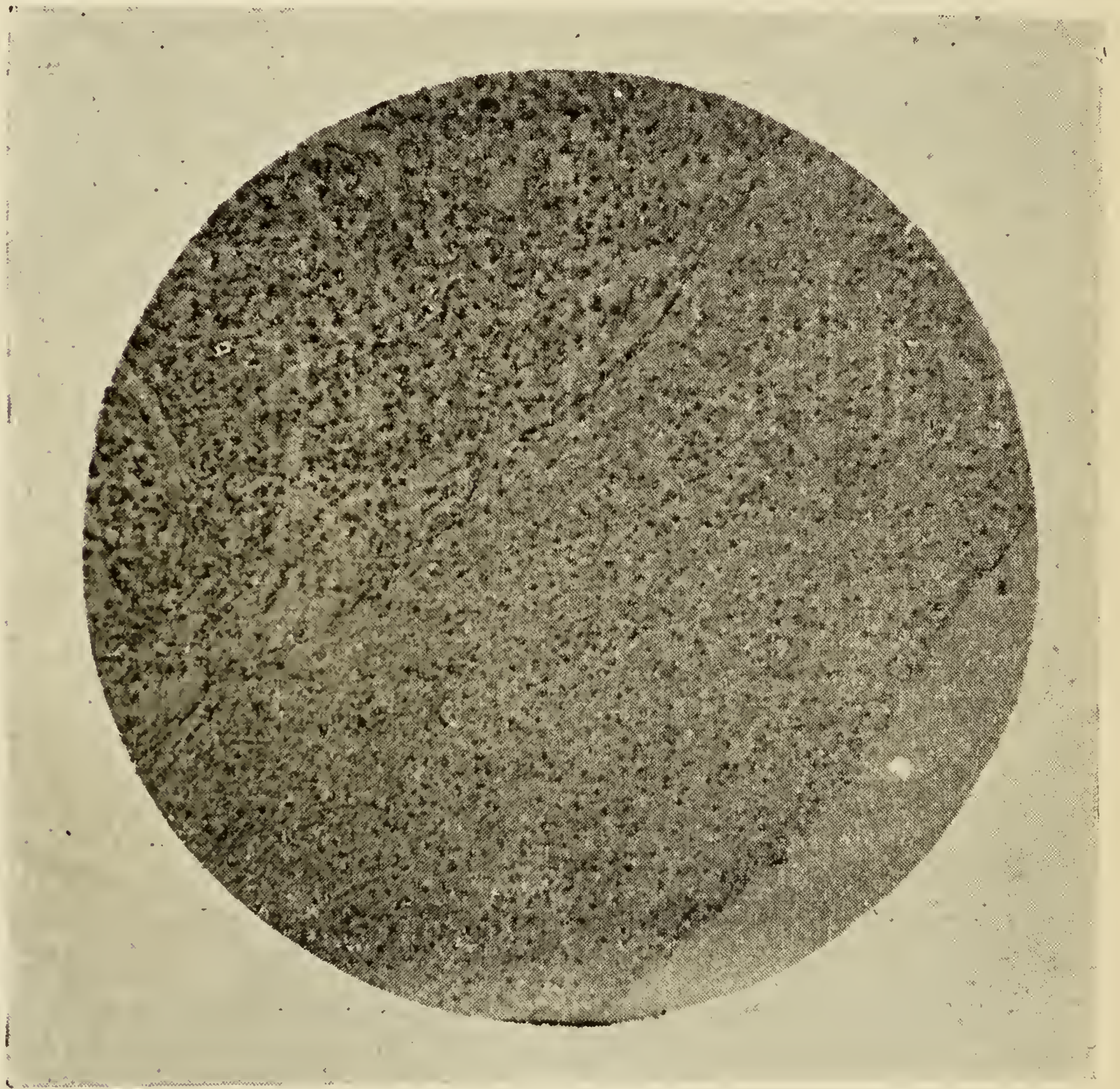
I.—Cultivo en caldo.—Enturbiamiento muy marcado á las 12 horas; á las 24 horas velo de superficie lisa y depósito poco considerable en el fondo del tubo. El depósito va aumentando poco á poco, el velo se hace más espeso, presentando casi siempre puntos más gruesos y salientes en la superficie; de los 15 á los 30 días el velo desaparece, el líquido se aclara y toma un tinte amarillorojizo bastante intenso.



Parte ulcerada del páncreas, cubierta de pus

II.—Cultivo en gelosa.—A las 6 horas ya se presenta netamente marcada la estría de siembra y á sus lados la gelosa toma un aspecto opalescente, apenas visible, que va ensanchándose hacia la parte inferior. De las 12 á las 15 horas esa zona se ha espesado, cubriéndose la superficie del tubo inclinado de un barniz viscoso, semitransparente. En la parte superior donde se puede ver mejor el borde del cultivo, él aparece finamente recortado. La estría resalta sobre el fondo blancuzco del cultivo. El agua de condensación es muy turbia. Estos caracteres se acentúan hasta las 24 horas, en que parece que el cultivo llega á su máximum.

III—Cultivo en gelatina—*a*) *Placas*—Recién á las 48 horas se ven colonias puntiformes, que al microscopio aparecen perfectamente circulares, granulosas, amarillentas. Al día siguiente aparecen rodeadas de una aureola refringente de gelatina licuada. Las menos desarrolladas presentan sus bordes y una refringencia especial, que induce á creer que existiera una burbuja de aire. Las más desarrolladas



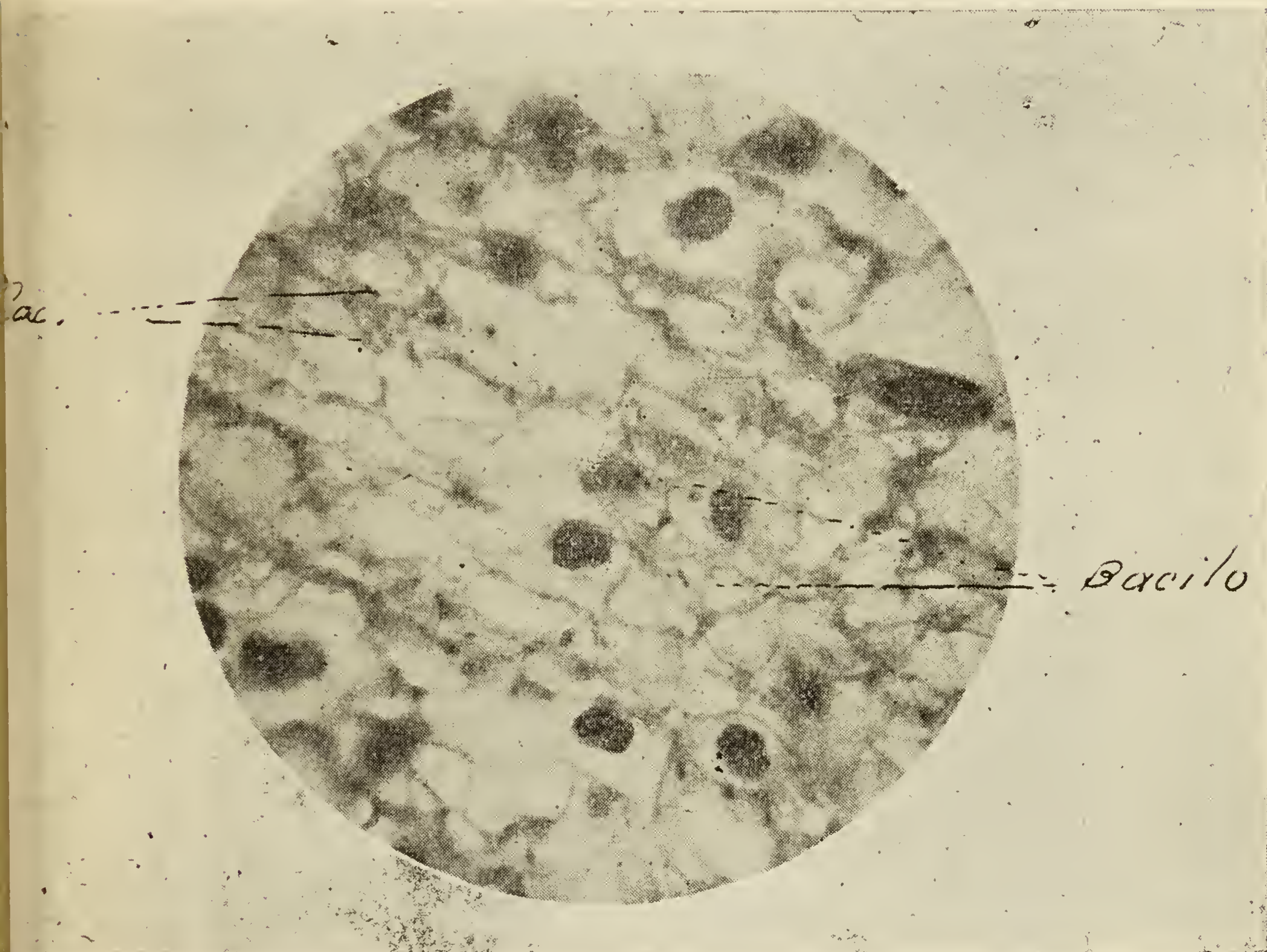
Corte del borde que rodea las ulceraciones del tejido peri-pancreático. Exudado.

tienen un milímetro de diámetro. Á simple vista parecen homogéneas; al microscopio se presentan constituídas por una parte central circular, granulosa, que se descompone generalmente en dos ó más anillos concéntricos. Á su derredor una zona de bordes sumamente recortados y que aparece como formada por un sinnúmero de filamentos entrecruzados.

Las colonias siguen creciendo, conservando sus caracteres hasta que las zonas de licuación se hacen confluentes, lo que ocurre generalmente al sexto día.

b) Punción—La rapidez del desarrollo depende naturalmente de la temperatura. Así á 10 ó 15 grados la licuación se nota al tercer día, mientras que á 25 la zona licuada alcanza los bordes del tubo á las 48 horas.

Á la temperatura de 22 grados, con gelatina al 20 %, hemos obtenido los caracteres siguientes:



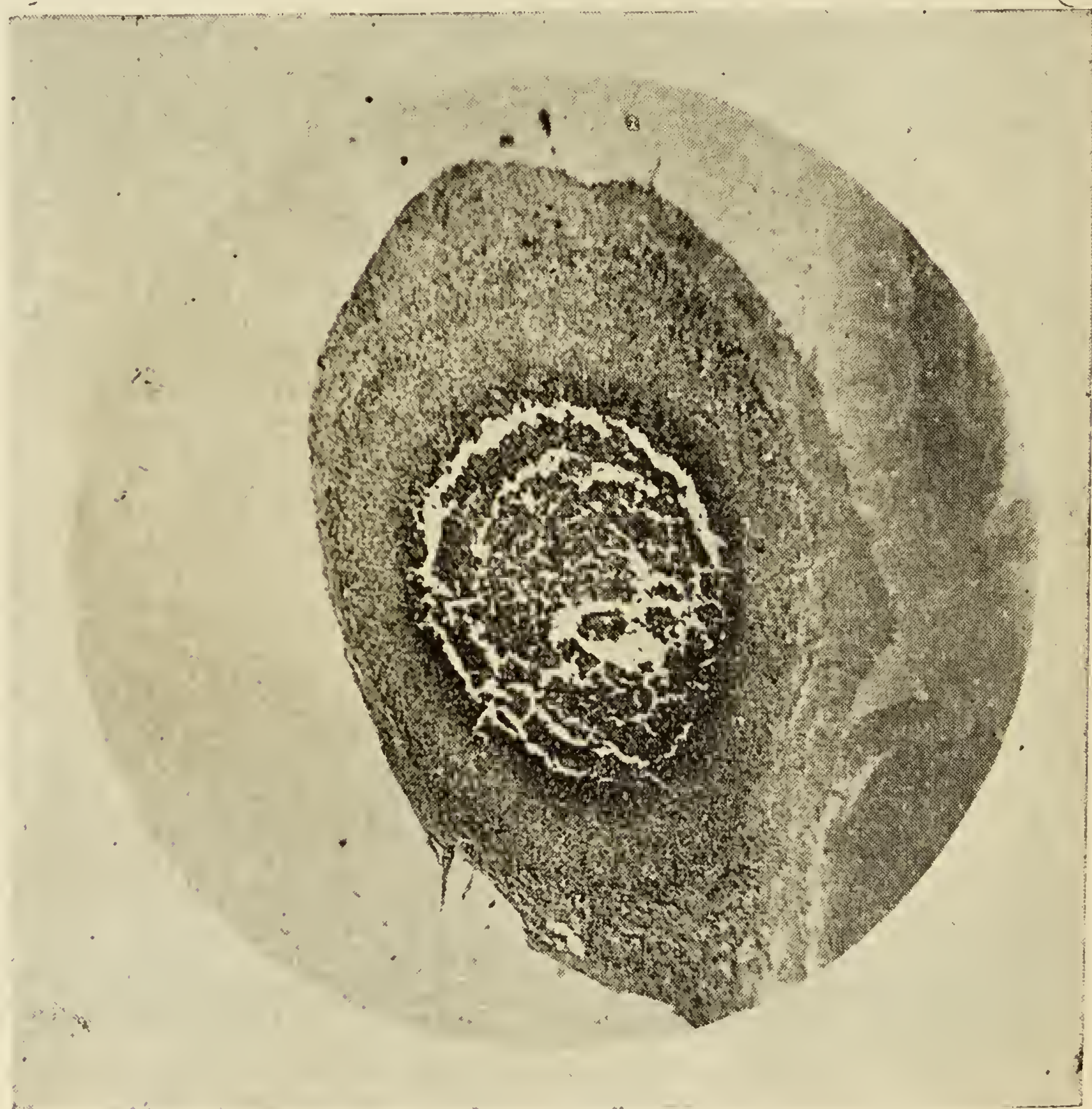
Corte del borde de la cavidad purulenta. Exudado con bacilos

Á las 12 horas se puede observar una cúpula de licuación que á las 24 horas tiene 4 á 6 milímetros de diámetro. La línea de punción es entonces muy visible, continua, pero presentando algunas partes más engrosadas. En el centro de la zona licuada se encuentra una colonia blanca, espesa, de bordes ondulados que persiste mucho tiempo.

El diámetro de la cúpula, que á las 48 horas era de 1 centímetro, alcanza á los 3 días el borde del tubo, presentando siempre la colonia ya mencionada. La parte superior tiene un aspecto más turbio y en

su fondo se nota un depósito blanco y grumoso. La licuación continúa avanzando, y de los engrosamientos de la línea de punción se ven separarse en ángulos rectos finas agujas.

En muchos tubos la licuación no alcanza al fondo; pero es generalmente completa á los 10 ó 12 días. La gelatina licuada permanece turbia, con un depósito abundante y uno que otro grumo nadando en el líquido.



Nódulo experimental. Epiplón del conejo

La reacción es fuertemente alcalina, pero no tiene olor amoniacal.

IV—Cultivo en papas—El cultivo es bien visible á las 12 horas en la extensión de la estría. Á las 24 horas la papa ha tomado un color obscuro, sobre el cual resalta la faja amarillenta, espesa y viscosa que forma la siembra. Los bordes festoneados se destacan perfectamente.

Á las 48 horas el cultivo alcanza su máximum de intensidad. La banda se ha ensanchado poco, pero es muy espesa; de los bordes, que se conservan bastante nítidos, se ha desprendido uno que otro apéndice.

La superficie de la papa no es nunca invadida por el cultivo.

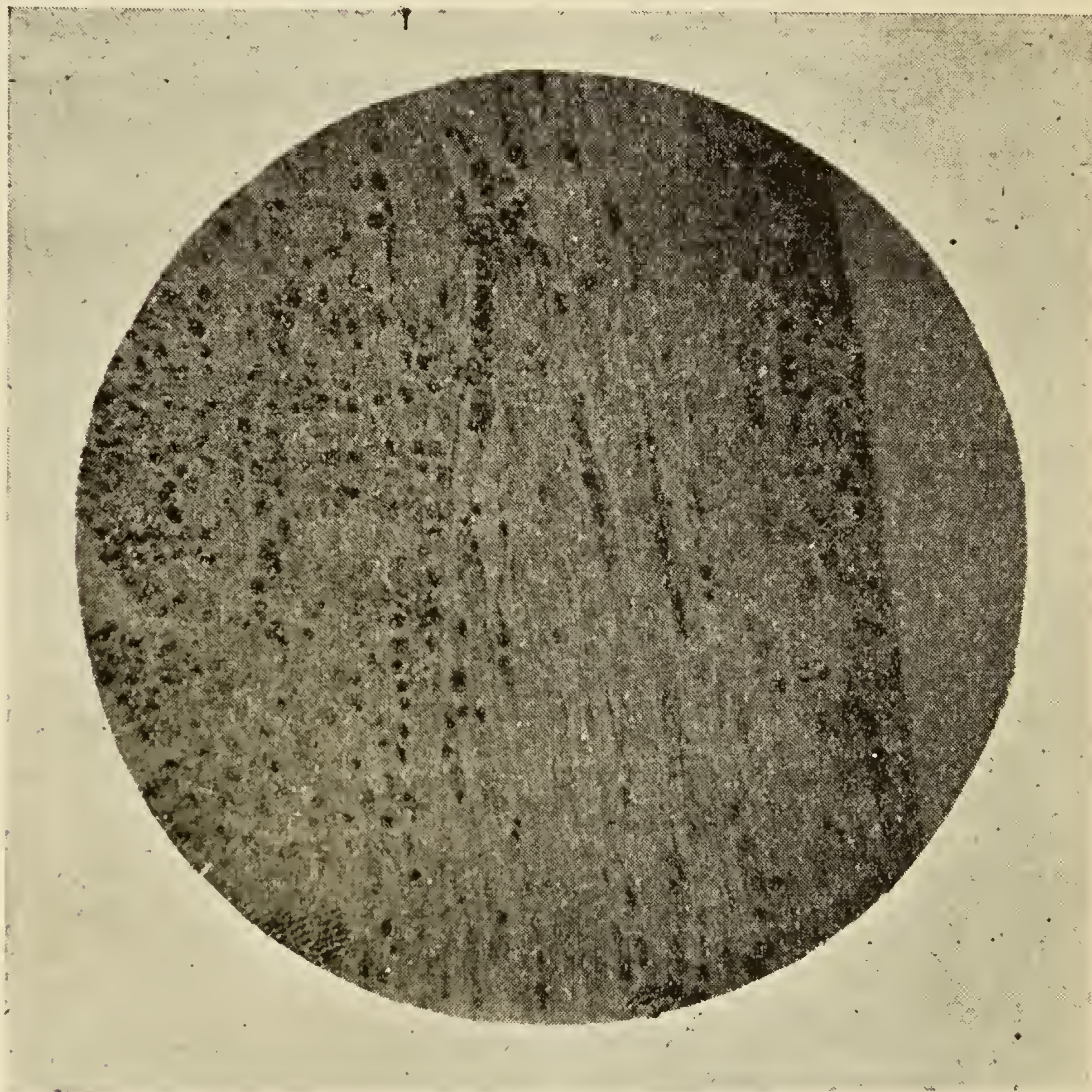


Nódulo experimental. Epiplón del conejo

V—Cultivo en leche—Cultiva abundantemente, coagulándola á los 2 ó 3 días, sin formación de ácidos.

El bacilo en cuestión se colora por los colores simples de anilina, ó con mordientes, descolorándose por el método de Gram. Se presenta entonces como un bacilo corto y grueso, de dimensiones variables, y con una longitud de 1.5 á 4 micromilímetros. Sus extremidades son redondeadas. Afecta 3 formas: una en cocobacilo muy pequeño, uniformemente teñido; una en elipse en la parte central, generalmente más clara; y por último la de un 8. Esta es la forma más común.

En los cultivos en papa se obtienen cocobacilos cortos y rechonchos; en gelosa las formas más largas; las de la punción en gelatina



Envoltura del nódulo experimental

son las más pequeñas y parecen verdaderos cocos. En el velo de los cultivos en caldo son más grandes que los del líquido. Su disposición es indiferente, á veces se disponen en diplo, á veces paralelamente.

III

El resultado de nuestras investigaciones es el siguiente:

I—Ratón blanco—La inyección de medio centímetro cúbico en el tejido celular subcutáneo produce la muerte rápidamente.

A la autopsia no se encuentran lesiones especiales. Edema en el punto de inoculación.

Sembrando la sangre se obtiene cultivo del bacilo inoculado.

II—Conejillo de indias—Inmune.

III—Conejo — *a*) *Inoculación subcutánea*—En el punto de inoculación se forma á los 15 ó 20 días después un nódulo del tamaño de una arveja á un garbanzo, que forma cuerpo con la piel y resbala con ésta sobre las capas profundas. Seccionando uno de estos nódulos se ve que su centro está constituído por una substancia de aspecto caseoso, de color blancoamarillento pálido, que se disgrega fácilmente. Los nódulos abandonados á sí mismos acaban por ulcerarse y la cicatrización no tarda.

Al examen microscópico de la materia caseosa se ve una substancia gránulograsosa, en que no es posible determinar microorganismo alguno. Sin embargo, los cultivos denotan al bacilo inoculado.

b) *Inoculación intraperitoneal*—El animal se muestra algo abatido en los días siguientes, y disminuye de peso. Á los 15 días se nota dentro de la cavidad abdominal, especialmente en el punto de inoculación, nódulos del tamaño de una arveja. Sacrificado el animal, se ven en diferentes puntos de la serosa peritoneal, tanto parietal como visceral, nódulos de tamaño variable; ordinariamente el mayor está en el punto de inoculación ó en sus proximidades. Los más pequeños tienen el tamaño de un grano de mijo.

Todos los nódulos son redondeados, elásticos, y al corte se distingue una cápsula espesa y resistente y un contenido idéntico á lo descripto en el interior de los nódulos subcutáneos. Tampoco fué posible encontrar bacilos en la substancia de los nódulos, pero los cultivos lo indicaron.

El estado general del conejo, hasta el mes, no parece sufrir alteración notable; pasados los primeros días, recupera su peso y no denota la enfermedad inoculada.

En razón del poco tiempo de que disponíamos, sacrificamos los conejos entre los quince días y el mes, para constatar si la producción de los nódulos era constante. Más tarde estudiaremos el resultado tardío de la inoculación.

c) *Inoculación intravenosa*—La inyección de un centímetro cúbico de caldo produjo gran número de nodulitos, de tamaño variable, en el hígado. Eran idénticos á los anteriormente descriptos.

Á la dosis de un centímetro cúbico no es mortal; los animales sobreviven. Á mayor dosis hay diarrea, hipotermia, y muerte con lesiones de neumonía típica.

En resumen: este bacilo es patógeno para el ratón y el conejo; no siéndolo para el conejillo de Indias. En el ratón produce septicemia; en el conejo UNA ENFERMEDAD NODULAR QUE SE ASEMEJA Á LA TUBERCULOSIS.

¿En presencia de qué microorganismo nos encontramos?

En el año de 1891, en los «Anales del Instituto Pasteur», apareció una memoria original de Du Cazal et Vaillard, titulada «Sur une maladie parasitaire de l'homme transmissible au lapin».

Refieren los autores que atendieron á un joven médico de una enfermedad aguda, febril, que duró unos cinco días, caracterizada por un malestar general, insomnio, agitación, lengua seca, diarrea. El aspecto del enfermo era el de un colérico ó el de un intoxicado.

La autopsia demostró la existencia de un gran número de nódulos blancoamarillentos en la cavidad abdominal, subperitoneales, en el epiplón y en la superficie del páncreas. Los nódulos son blandos, contienen una substancia blancoamarillenta, análoga á la de los quistes dermoideos. En la cabeza del páncreas hay un nódulo del tamaño de una avellana grande, cuyo centro está ocupado por una materia puriforme, blancoamarillenta.

Los ganglios están hipertrofiados y rojos. El hígado un poco congestionado; en su espesor existe un núcleo del tamaño de una avellana, de contenido caseiforme blancoamarillento.

Los demás órganos normales.

La coloración de los nódulos indicó un bacilo más corto que ancho, de puntas redondeadas, que toma mal el color y que se descolora con el Gram.

El bacilo liquida la gelatina y se cultiva en los demás medios con caracteres análogos al bacilo que aislamos nosotros. Las diferencias, por cierto bien pequeñas, son: el cultivo Du Cazal y Vaillard tiene un olor especial ligeramente amoniacal, análogo al de la orina en putrefacción, mientras que el nuestro carece de olor amoniacal; el cultivo en papas de Du Cazal y Vaillard invade toda la superficie de la papa, mientras que en el nuestro nunca la superficie de la papa es invadida; el nuestro liquida más pronto.

Inoculado el bacilo de Du Cazal y Vaillard, se mostró patógeno para el ratón blanco y para el conejo. Las lesiones que se produjeron eran las mismas que hemos obtenido nosotros.

A pesar de las diferencias que hemos anotado, no vacilamos en

afirmar que el bacilo aislado por nosotros es idéntico al que descubrieron Du Cazal y Vaillard en 1891.

La virulencia del bacilo Du Cazal y Vaillard es mucho mayor. Nosotros hemos necesitado dosis mucho mayores para obtener la muerte del animal; así el bacilo de los primeros mata un conejo á la dosis de 1 centímetro cúbico, mientras que los animales inoculados con el nuestro, á igual dosis, sobreviven produciendo lesiones menos intensas que las de los inoculados por aquellos autores con 1/2 centímetro cúbico. Recordaremos que la enfermedad á que se refieren ellos fué agudísima.

Por lo que toca al conejillo de Indias hemos comprobado el poder fagocitario de este animal. Inyectando 1 centímetro cúbico de caldo de 24 horas en la cavidad abdominal, á las pocas horas hemos obtenido abundante serosidad con gran cantidad de leucocitos repletos del bacilo. Sacrificado el animal á los pocos días, hallamos el peritoneo perfectamente normal. Tenemos actualmente en estudio este punto, y la acción inmunizante que pueda poseer el suero sanguíneo del conejillo de Indias sobre el conejo inoculado.

IV

En el caso nuestro no se hizo el examen de sangre; pero del estudio histológico de los ganglios y del bazo hemos comprobado que se trataba de una leucemia linfática. En efecto, los ganglios linfáticos han perdido la disposición arquitectónica. El órgano está constituído por un montón de células linfáticas, sin que existan ni folículos ni substancia melular ni vías linfáticas dispuestas normalmente. (Cornil y Ranvier, t. III, 1907). El bazo presenta las alteraciones correspondientes á la segunda variedad de tipos leucémicos de que nos habla este autor; desaparición de los corpúsculos de Malpighi casi completamente, pequeños acúmulos de linfocitos alrededor de las arteriolas, y espesamiento del tejido reticular de la pulpa.

No nos es posible, por el momento, decir qué relación ha existido entre la leucemia y el episodio agudo de la pancreatitis supurada; pero recordaremos que una de las terminaciones de los leucémicos es precisamente debido á infecciones secundarias. Ahora bien: el mismo microorganismo ha sido encontrado en dos estados patológicos distintos. una afección aguda caracterizada por la producción subperitoneal de nódulos tuberculiformes y una pancreatitis supurada con peritonitis de la retrocavidad de los epiplones. Si el estado leucémico pudo en alguna manera influir en las lesiones distintas que pudiera provocar

el microorganismo, es imposible decir nada; el hecho está ahí plantado como un jalón, que podrá servir para observaciones ulteriores.

Pasemos ahora revista de las lesiones del páncreas.

El páncreas descansa sobre el montón de ganglios linfáticos que normalmente se encuentran en su cara posterior; pero aquí como en las demás regiones los ganglios estaban enormemente aumentados de volumen, y formaban con aquel órgano una masa común. De manera que éste estaba como encapsulado entre los ganglios hipertrofiados y el tejido grasoso, convertido en un tejido duro, que cruje al corte, de un color blancoamarillento que tiene el aspecto de tejido fibroso.

La glándula presenta al microscopio los siguientes caracteres:

1—*Esclerosis difusa.*—Tanto los conductos pancreáticos delgados como los gruesos están espesados; el tejido conjuntivo fibroso les forma una envoltura gruesa. De este tejido parten en todas direcciones espesos manojos que separan los lóbulos, y penetra entre los ácinos comprimiéndolos á la manera que el tejido conjuntivo comprime los ácinos del hígado en la cirrosis atrófica. En la parte central se ve que los ácinos han sido comprimidos y sustituídos por este tejido, y sólo se ven algunos restos de células pancreáticas. En otros puntos se ven agrupaciones de células embrionarias entre los lóbulos, marcando así períodos distintos en la evolución de la esclerosis.

2—El fondo *ulcerado* del páncreas está *necrosado* y cubierto de exudado purulento, así como los bordes de las anfractuosidades llenas de pus que describimos al referir la autopsia. Es precisamente en este exudado donde se encuentran los bacilos que hemos descrito.

Las lesiones experimentales del conejo están constituídas por nódulos tuberculiformes de dimensiones variables entre los más pequeños y el tamaño de una arveja. Están colocados debajo del peritoneo, debajo de la piel, ó en el espesor del órgano.

Están formados por una envoltura más ó menos elástica y un contenido de consistencia blanda, de color amarillento, y con aspecto de caseum.

La cubierta está constituída por tejido conjuntivo adulto con algunas células. En esta capa se ven vasos de nueva formación y capilares dispuestos oblicuamente al contenido. Debajo de esta capa las células conjuntivas están dispuestas más desordenadamente, viéndose entre sus intersticios algunas células de protoplasma claro, y de núcleo grande.

El contenido está formado en los nódulos muy pequeños por una masa de leucocitos en su mayor parte de núcleo polimorfo, y restos de células en su gran mayoría sin núcleos. En los nódulos más grandes los elementos forman una masa más compacta, mal teñida, en la que se ven aun leucocitos; en otros nódulos existe ya desintegración gránulo-grasosa. Nunca hemos observado células gigantes.

La clasificación que corresponde á este microorganismo, que produce en el conejo una lesión tuberculiforme, no está perfectamente definida, tal vez por la confusión que ha reinado en la cuestión de las pseudotuberculosis. Los autores lo mencionan al tratar este punto.

Como lo demostró Preisz («Annales de l'Institut Pasteur», 1894) los diversos microorganismos descriptos sucesivamente por Malassez y Vignal en 1884, Chantemesse en 1887, Nocard en 1885, Eberth en 1886, Pfeiffer en 1888, Charrin y Roger en 1888, Grancher y Ledoux-Lebard en 1889, Nocard nuevamente en 1889, Zagari en 1889, Dor en 1888, Parietti en 1890, Hayem en 1891, Manfredi en 1886, Disse y Taguchi en 1885, que producen la pseudotuberculosis de los roedores, son un mismo bacilo, que llama estreptobacilo. El descripto por estos últimos autores parecería diferir de los demás por su tinción.

De todo este grupo corresponderían á productos humanos los siguientes:

1—Malassez y Vignal lo obtuvieron inoculando materia caseosa del antebrazo de un niño.

2—Chantemesse introduciendo en el peritoneo del conejillo de Indias algodón que había filrado el aire de la sala de hospital.

3—Grancher y Ledoux-Lebard inyectando á conejillos de Indias agua esterilizada que ha filtrado tierra que contenía cultivo del bacilo de Koch.

4—Manfredi de dos niños neumónicos.

5—Disse y Taguchi de la sangre de un sifilítico.

6—Hayem de una tuberculosis caseosa de la cápsula suprarrenal.

De este grupo de pseudotuberculosis á estreptobacilos habría que separar la observación de Preisz, que parece tener una individualidad propia.

Para Nocard y Leclainche, («Maladies microbiennes des animaux», 1903), el estreptobacilo sería un saprofito muy difundido, pero que puede ser patógeno.

En frente, pues, de estas pseudotuberculosis á estreptobacilos que

no liquidan la gelatina, vienen á tomar su puesto las pseudotuberculosis producidas por el bacilo liquefaciente de Du Cazal y Vaillard, de Legrain y de nuestro caso.

Du Cazal y Vaillard lo aislaron de nódulos peritoneales pseudotuberculosos de un hombre en 1891. Legrain lo obtuvo inoculando esputos tuberculosos en el conejo («Bulletin Médical», 1891). Nosotros lo acabamos de aislar de una pancreatitis supurada sobrevenida en una leucemia linfática crónica.

Tal es el trabajo que hemos realizado en el hospital San Roque. Por segunda vez hemos señalado la presencia en el organismo humano de un bacilo, cuyo rol es ciertamente obscuro, y que exige nuevas investigaciones; pero cuya acción sobre el conejo y el ratón es constante, produciendo en el primero de estos animales una pseudotuberculosis, completamente distinta de la pseudotuberculosis á estreptobacilo, que hemos referido antes, para hacer notar con precisión esta diferenciación.

Doctor Bachman.—Pregunta si el autor tiene conocimiento de los estudios hechos por el doctor Acevedo en Buenos Aires.

Doctor Llambías—El bacilo que hemos aislado, es, como antes he dicho, un diplobacilo, que liquida la gelatina, y que es distinto del bacilo de la pseudotuberculosis de Malassez y Vignal.

El niño débil y la escuela.—La copa de leche escolar

POR EL

Dr. Genaro Sisto

Ex Jefe de Clínica de la Facultad de Medicina de Buenos Aires
Vocal del C. M. Escolar de la Capital

I

Preciso es establecer claramente, ante todo, que los niños débiles que concurren á nuestras escuelas no deben ser confundidos con los

deficientes mentalmente considerados, con los anómalos de carácter, ni tampoco con los tardíos ó atrasados, como dice Ingegnieros en su artículo publicado en «El Monitor de Educación»[1] en septiembre de 1906.

La palabra débil, si se generaliza, puede comprender todos los niños anormales: los de organización física deficiente y los individuos de facultades psíquicas incompletas. Estos últimos, aunque débiles también, no son, sin embargo, aquellos á quienes queremos referirnos, y los retardados como se llama á los pedagógicamente fuera de su tiempo por defecto, no constituyen nuestro propósito en este breve trabajo.

Binet ha clasificado estos últimos en *retardados pedagógicos* y *retardados médicos;* y al hacer un estudio sobre tales tipos de niños, el Cuerpo Médico Escolar de la Capital[2] que dirige el doctor Adolfo Valdez, dice: entre los primeros están comprendidos los niños aquellos que, sin dejar de poseer una inteligencia normal y á veces superior, son, por haber recibido una educación defectuosa ó por falta de dirección oportuna, inquietos, rebeldes y perturban el regular funcionamiento de las clases.

Este grupo de niños merece una educación especial por parte de las autoridades, pues de allí es de donde saldrán los demagogos, los anarquistas y las diversas clases de desequilibrados é ingobernables que constituyen un peligro para el orden social.

En el segundo grupo entran aquellos niños cuyo poder intelectual es inferior al término medio normal. Son los fronterizos, los que están próximos al vicio y á la locura, los vencidos de mañana y los futuros pensionistas de las cárceles y de los manicomios.

Estos tipos son los niños anormales á quienes no tocamos, queriendo referirnos, al hablar del niño débil, á aquel que físicamente y ante un breve examen, presenta un conjunto de niño endeble ó debilitado: esto es, niños anémicos, adelgazados, incapaces de un esfuerzo físico un tanto prolongado, que se marean, que se duermen fácilmente, aquellos que presentan ganglios cervicales más ó menos perceptibles pero siempre engrosados, niños pequeños de estatura y de peso diminuído en relación á su edad, y que, sin embargo, mentalmente no presentan ninguna deficiencia intelectual ni de carácter.

---

1. La educación de los niños deficientes. *Ingegnieros*

2. Establecimientos escolares para niños retardados. Estudio del Cuerpo Médico Escolar de la Capital.

II

En otro momento [1] me he ocupado de la defensa del niño débil por los establecimientos preventivos de higiene infantil [2], obra que vendrá, porque ella es la consecuencia natural del progreso higiénico; pero hasta que este perfeccionamiento sea alcanzado, existe una forma fácil y práctica, que ha hecho ya sus pruebas en algunas escuelas y á la que he titulado «La copa de leche escolar».

Responde esta obra á llenar vacíos é imperfecciones de la alimentación de familia, debilitamientos orgánicos que vienen desde el nacimiento, debilitamientos transitorios tan comunes en la infancia por enfermedades propias á esta edad, y sobre todo,—y son los casos más crueles,—debilitamientos por nutrición insuficiente en el hogar, porque éste no puede proporcionarles los medios necesarios. Todos estos niños concurren á la escuela, donde nuestros exámenes individuales nos permiten comprobar la existencia del niño débil en mucha mayor proporción de lo que se pueden imaginar.

Recuérdese á este propósito la forma sintética de Binet, que expresa netamente la razón de que los niños de los pobres sean inferiores, psicológicamente considerados, á los hijos de los ricos: *La miseria social de los padres engendra la miseria psicológica de los niños.* [3] Y yo agregaría que seguramente la *miseria fisiológica general* es la que engendra la otra y la que hay que combatir.

En efecto, en estadísticas hechas por el Cuerpo Médico Escolar [4] en 1903, encontramos sobre 10,000 niños el 3.95 por mil de anémicos. Los nuevos exámenes del año 1906 corroboran estas cifras. Lo que importa—cualesquiera que fueran las imperfecciones de la misma estadística suponiendo que existieran,—la necesidad de ocuparse de este hecho que llama la atención por su importancia numérica.

En la primera publicación hecha en «La Higiene Escolar» sobre «La copa de leche en las escuelas» [5] dividía los niños á los efectos

---

1. Etablissements Preventifs d'Higiene Infantile.—Congreso Internacional de Madrid, 1902.
2. Establecimientos preventivos de higiene infantil. Necesidad de su creación en la República Argentina y urgencia para la ciudad de Buenos Aires (Congreso Latino-Americano, 1904).
3. Binet: Miseria fisiológica y miseria social.
4. Establecimiento preventivo de higiene infantil.
5. La copa de leche en las escuelas. «La Higiene Escolar». Sept. 1906.

sociales de este factor de vigorización orgánica, en *débiles* y *fuertes;* basta que encontremos uno de los primeros para ir á su encuentro suministrándole diariamente una buena copa de 200 ó 250 gramos de leche pura y en las mejores condiciones de higiene.

Es de observar que este líquido es el más adecuado á nuestro medio, y así como en Francia existe la *Cantina escolar*, en Suiza las cocinas escolares, en Italia las sopas á los niños, entre nosotros debemos resolver el auxilio al niño débil por la copa de leche. Fácil de obtener, económica, de administración sencilla y de un valor nutritivo superior á cualquier otro alimento, la copa de leche se presta para llenar las deficiencias de la alimentación infantil escolar y vigorizar á los débiles en general.

Dejando de lado las ventajas higiénicas de la alimentación láctea, reconocidas por todos los higienistas, salvo condiciones de medio ó temperamento, que no hay para qué mencionar, es necesario insistir sobre el hábito que se forma en el niño, hábito que lo aleja más tarde de las bebidas alcohólicas, cuya funesta influencia social y económica es desgraciadamente algo sobre lo cual sería un pleonasmo insistir.

Es una influencia educativa digna de tenerse en cuenta.

III

Enunciada brevemente y publicada en «La Higiene Escolar» en septiembre de 1906, espíritus altruistas, amantes de su sacerdocio y del progreso, respondieron en el acto, puede decirse, á este llamado en favor de la salud del escolar.

Un mes después de su publicación surgía la primera «Copa de Leche» en la capital argentina y una asociación *ad hoc*, organizada en la escuela dirigida por la señorita Albertina V. Pons, hizo práctica la obra. La prensa política, por intermedio de sus más caracterizados representantes, como «La Nación», «La Prensa», «El Diario», prestigiaron la idea prediciéndole de fácil ejecución y eficacia en sus resultados.

Pocos días más tarde la sociedad «Amigos de la Educación», que preside el fervoroso amigo de los niños, señor Joaquín Montaña, organizó rápidamente la misma obra, y la asociación de damas, constituída por señoras de nuestra primera sociedad, realizó la inauguración de su «Copa de Leche», constituyendo esto un acontecimiento escolar y social. Celebróse este acto en la importante escuela que dirige el activo y competente profesor normal señor J. J. Berutti, quien cooperó entusiastamente al mejor éxito de la obra.

Un Consejo escolar, el 7.º, que presidía el doctor J. Alfredo Ferreyra, tomó bajo su progresista dirección la misma obra, la que ha ensayado con el mejor éxito en cuatro escuelas de su dependencia, enviándole quince litros de leche diarios para su distribución entre los débiles.

Los educacionistas más distinguidos se han interesado por la obra y los señores miembros del Consejo Nacional de Educación, doctores Zubiaur, Gigena y Ruiz de los Llanos, asistiendo á la iniciación de este movimiento, han hecho justicia á la nueva obra del magisterio argentino, alentando con su palabra autorizada estas manifestaciones prácticas en favor del escolar débil.

Tanto el doctor Zubiaur [1] como el doctor Ruiz de los Llanos [2] han hecho resaltar elocuentemente la participación de la familia en la escuela y creen, y nosotros con ellos, lo mismo que el doctor Vivanco [3], Presidente del Consejo General de Educación, que de este modo y por estos medios es preciso vincular sólidamente el hogar con la escuela. Las madres, interviniendo así por derecho propio, se han sentido en la escuela como en su propia casa, y á ella han llevado su acción con orgullo y eficacia. ¡Se han sentido no sólo madres sino autoridad en el momento que brindaban á sus hijos una copa de leche fresca y pura!

Este movimiento no ha podido alcanzar todo el desarrollo que es de esperarse, por haberse iniciado al fin del año escolar de 1906; pero en el corriente es de suponer que se extienda, dado el interés que despierta y las manifestaciones del magisterio argentino en favor de esta obra social y escolar. [4]

IV

Simultáneamente con la práctica que se hacía en las escuelas, el Cuerpo Médico Escolar discutía este importante asunto, para informar en una nota que sobre el mismo había elevado el doctor Zubiaur.

---

1. Informe del doctor Zubiaur sobre la copa de leche efectiva.
2. Discurso en «El Monitor».
3. Discurso en la escuela «Sarmiento». («El Monitor», septiembre 30 de 1906).
4. Se ha resuelto la organización de la copa de leche para este año en las escuelas superiores que dirigen la señorita A. Bidart y el señor M Campero.

CONDICIONES QUE DEBEN TENERSE EN CUENTA PARA LA DISTRIBUCIÓN DE LA COPA DE LECHE EN LAS ESCUELAS

Debe exigirse á las asociaciones que se funden con el fin indicado, que la leche sea suministrada por establecimientos como «La Martona», «La Granja Blanca», etc., cuyos nombres son ya una garantía para el producto que proveen.

La leche debe ser envasada en tarros de hierro galvanizado, de capacidad y número que esté en relación con el servicio que deba prestarse en cada escuela, y que permita á su vez la fácil esterilización de los mismos por medio del calor.

Se exigirá igualmente que estén provistos de llaves ó robinetes fácilmente desmontables, que permitan y faciliten su limpieza y también su esterilización, quitando todos los productos que pudieran quedar en las junturas, con cuya permanencia se producirían fermentaciones siempre nocivas á la salud.

Cada escuela debe poseer un doble juego de tarros con el fin de facilitar todos los procedimientos de limpieza y esterilización, de manera que al hacerse el reparto de la leche se recoja siempre por la empresa abastecedora los tarros de la provisión anterior.

En cuanto al material en que se servirá la leche, la copa debe ser lo más lisa posible, de vidrio, aluminio ó enlozados y en la mayor cantidad, prefiriéndose que haya tantas como alumnos tomen leche, en cuyo caso serán numeradas, para que de esta manera puedan ser unipersonales.

La limpieza de las copas se hará con agua y jabón, seguido de un abundante enjuague con agua pura, en vasijas con desagüe. Realizada la limpieza de las copas, serán colocadas por orden de numeración, boca abajo, sobre espigas de madera ó hierro con el fin de que sus bordes no toquen en nada y su interior quede libre de las substancias, residuos ó polvos que pudieran depositarse. Procediendo en la forma indicada, no existe peligro alguno y puede prescindirse de los baños en soluciones antisépticas, cuya acción sería ilusoria y no haría más que entorpecer el trabajo anterior. En cuanto á la cantidad de leche que debe suministrarse á cada alumno, se ha fijado en la de doscientos (200) gramos, que sería la medida conveniente sin producir con ella dilataciones bruscas del estómago, quedando el alumno satisfecho y asimilada seguramente en su totalidad.

Con respecto á la hora en que debe hacerse el reparto de la leche á los alumnos, la opinión es unánime en el sentido de que se haga en el segundo recreo, calculando que para ese instante han transcurrido, por lo menos, tres horas desde la última ingestión de alimentos que haya hecho el niño.

Nunca debe procederse á suministrarla antes de la hora indicada, pues de lo contrario se corre el riesgo de provocar alteraciones de orden digestivo, interrumpiendo una digestión que se está realizando, y con este motivo presentaba el siguiente proyecto de resolución por una Comisión del Cuerpo Médico Escolar formada por los doctores Adolfo Valdez, Joaquín Nin Posadas y el autor de este trabajo.

Discutido y aprobado por el Cuerpo Médico Escolar, sancionado por el Consejo Nacional de Educación, es lo cierto que el año próximo pasado, á los pocos días que ha funcionado «La Copa de Leche», se han suministrado á los niños de la *Escuela Presidente Roca* y la dirigida por la señorita Pons.

No ha habido ni una sola dificultad. Todos los niños que lo han querido, han bebido leche, se ha notado mayor concurrencia á la escuela, especialmente en la escuela pobre, y los padres han frecuentado la escuela con mayor atención que antes, porque querían saber qué era esto de «La Copa de Leche», y saliendo todos perfectamente impresionados de la calidad del alimento y de las condiciones higiénicas en las cuales se suministraba.

He aquí las condiciones en que se distribuye la leche y las precauciones higiénicas tomadas por la Asociación «Copa de Leche» inicial:

ASOCIACIÓN COPA DE LECHE.—CONDICIONES EN QUE SE DISTRIBUYE LA LECHE.—PRECAUCIONES HIGIÉNICAS

1. Cada niño tiene su vaso.
2. Los vasos son de aluminio y pertenecen á la Asociación.
3. Cada vaso lleva grabado un número.
4. Para recibir el vaso de leche, cada niño presenta una lámina metálica con el número correspondiente.
5. Estas láminas están en poder de cada maestra, quien las entrega á los niños en el momento de dejar el aula para ir á beber la leche (2.° recreo).
6. La leche se halla pasteurizada y procede de la «Granja Blanca».
7. Dos veces por día (mañana y tarde) se recibe la leche necesaria en un envase sellado.

8. A cada niño corresponden 250 gramos de leche.

9. Se sirve la leche á las 9.20 a. m. (alumnos de la mañana) y á las 3 p. m. (alumnos de la tarde).

10. Los vasos se lavan primeramente en agua y soda y se enjuagan con agua pura.

11. El recipiente en que se lavan, está dispuesto de modo que en él no se estanque el agua, quedando cada vaso bajo un chorro continuo.

12. Los vasos son desinfectados en el momento de usarlos, mediante una solución de formol al 7 por 5,000.

13. Los repasadores sufren la misma operación al ser lavados.

14. El envase en que se deposita la leche, está provisto de canilla. Para asearlo, se desarma la canilla y se procede lo mismo que con los vasos.

15. Los alumnos gozan de entera libertad mientras beben la leche.

Estas precauciones satisfacen al higienista más exigente y creemos que en ninguna casa de familia se toma leche en estas excelentes condiciones higiénicas, argumento de primera fuerza en su favor.

Respecto de la disciplina escolar debemos manifestar que no se ha quebrantado jamás, y por el contrario, que con motivo del reparto se ha puesto á prueba dicha disciplina, es decir que cuanto mejor organizada esté una escuela, más fácil y rápidamente se hace la distribución del alimento.

Esta es la nueva obra que apuntamos para que sea incorporada á la escuela pública como un factor de robustecimiento orgánico, como agente educativo y también como manifestación práctica de sentimiento humanitario del puericultor consciente de lo que supone el niño como elemento de la sociedad futura.

Voto á pasar á la sesión plena del Congreso

El Congreso recomienda la institución «La Copa de leche» como uno de los medios prácticos y eficaces para la defensa del niño escolar débil, de acuerdo con las consideraciones que hace el doctor Sisto en su trabajo «La defensa del niño débil», presentado á este Congreso.

Doctor Vidal—Me es sumamente grato adherir á la iniciativa tomada por el doctor Sisto y de que acaba de darnos cuenta en su interesante trabajo. Creo que la institución de «La Copa de leche» está

llamada á prestar beneficios positivos, que ha comenzado ya á rendir. Pero no deben referirse sólo á la instrucción primaria, sino, que con variantes de forma, conviene se hagan extensivos á la instrucción secundaria. En ésta, y con motivo de ocupar el cargo de director del servicio médico en la enseñanza secundaria y normal de la República Argentina, he podido personalmente comprobar las deficiencias alimenticias en los escolares de este orden. El año anterior hemos practicado una vasta *enquête* (aún no publicada, pero que en breve va á serlo), en la cual hemos demostrado que la reforma en el régimen alimenticio á que se obliga á los alumnos, es de las más imperiosamente exigidas, desde el punto de vista fisiológico. Sin estas transformaciones, no es siquiera lógico insistir en mejoramientos de otra clase.

Suprimiendo detalles, que en otra oportunidad he de dar á conocer, diré que una gran reforma está instituyéndose actualmente en las escuelas normales de Buenos Aires. Consiste (ya que el horario discontinuo sería el deseable, fisiológica é higiénicamente), en establecer una discontinuidad en el período escolar total y disponer en su medio *una «refección»* destinada á restaurar las fuerzas perdidas en el trabajo. Ahora bien, la base de esa refección, el elemento principal, será la leche.

Quería exponer estas breves referencias que corroboran la iniciativa del doctor Sisto y exponer otra análoga, en la instrucción media.

Doctor Morquio—Se me ocurren algunas observaciones á la interesante comunicación del doctor Sisto.

Entre nosotros, el horario escolar es interrumpido. En determinadas épocas del año, el niño está dos horas de mañana y dos horas de tarde. La necesidad de un alimento en estos casos, no se hace evidente. Sólo podrá ser necesario para determinados niños, que no se alimentan suficientemente en sus casas.

Otra segunda observación que se me ocurre, es que hay niños cuya debilidad no se puede vencer con el alimento, porque sería provocar intolerancias y desarreglos digestivos, aumentando entonces la debilidad que se quiere combatir.

Por otra parte, no debe descuidarse la dietética del niño, con una exageración alimenticia intempestiva.

Doctor Llambías—Pregunto si existe analogía entre la refección escolar europea, y la refección lenta que propone el orador, á objeto de conocer si es útil la refección hecha en la Argentina en los perío-

dos de descanso de 10 minutos, que son seguidos de trabajo intelectual. Si se ha demostrado la innocuidad de dicha refección con trabajos prolijos, indudablemente es de aceptar la refección.

Sobre el valor del examen de la leche en la lactancia á pecho

POR EL

Dr. Luis Morquio

Profesor de Clínica Infantil en la Facultad de Medicina de Montevideo

---

I

Todo lo que interese á la alimentación del niño merece ser estudiado detenidamente, porque no hay problema práctico, en Medicina, que reuna mayor importancia.

Es de noción vulgar que el niño sólo digiere fisiológicamente la leche de mujer, la que es á la vez una garantía para su salud, mientras que otro alimento antes de la época debida no lo tolera sino con adaptaciones peligrosas ó cayendo rápidamente en la enfermedad.

Sin embargo, el niño alimentado solamente á pecho puede presentar alteraciones digestivas de diferente importancia, exclusivamente vinculadas á este alimento; de esta manera, dejamos de lado las que se producen cuando el niño, además del pecho, toma leche de vaca ú otra cosa, que es lo que ocasiona la enfermedad y que mejora ó desaparece cuando ellas se suprimen.

Las alteraciones digestivas del niño á pecho pueden agruparse en cinco tipos clínicos, que son los más comunes:

1.° Los *cólicos intestinales*.—Durante los primeros meses de vida, ciertos niños presentan un síndrome doloroso, que por su reproducción siempre igual, ofrece relieves característicos. Se trata de dolores abdominales, que sobrevienen por accesos, que el niño traduce por fuertes gritos, con tensión abdominal y encogimiento de las piernas sobre el vientre. Este dolor aparece espontáneamente ó después de haber tomado el pecho; los trastornos digestivos que le acompañan y con los

cuales cesa, generalmente, el acceso, son ventosidades á veces repetidas, deposiciones verdosas, mezcladas á veces con grumos blancos sin fetidez; en algunos casos, las materias fecales son normales. No hay fiebre; el estado general se modifica muy poco, sólo la disminución de peso en relación con la disminución del alimento. Estos dolores, que se repiten varias veces en el día y en la noche y llegan á constituir una situación afligente por su persistencia, se prolongan durante varios días y meses, con pausas más ó menos prolongadas. Son cólicos intestinales, estrechamente vinculados al nervosismo de la madre: es casi siempre una primeriza, perteneciente á la clase acomodada. Después de un cierto tiempo desaparecen estos cólicos, que habían venido disminuyendo, por adaptación de la madre y del niño; en algunos casos, la persistencia ó el malestar exacerba el nervosismo y obliga á recurrir á otro pecho.

2.º Los *vómitos simples repetidos.*—El vómito en el niño á pecho es muy común; en algunos casos, ofrece una real importancia por su interpretación difícil y porque puede provocar situaciones graves; en general, su patogenia es variable y compleja.

Para su estudio, lo consideramos en la forma siguiente:

A) *Vómito nervioso*—Por la misma razón que ciertos niños tienen cólicos, otros tienen vómitos, aunque falta casi siempre el elemento dolor; en algunos casos van unidos.

Hay una forma caracterizada por su persistencia, por su repetición á cada lactada, por su gravedad á veces, que lleva al niño, por la diminución progresiva del peso, á un estado caquéctico: es el vómito por espasmo pilórico. Este vómito puede durar hasta varios meses, con oscilaciones variables; en la mayoría de los casos, después de un cierto tiempo, dos ó tres meses, se observa que la adaptación y la tolerancia se inician, y marcha en ese sentido, hasta la desaparición definitiva del vómito. Este vómito es completamente individual, es decir, independiente de la calidad del alimento; el cambio de ama y el cambio por la leche de vaca ó de yegua, no la modifica; hay sus excepciones, sin embargo.

B) *Vómito tóxico*—Ciertos niños alimentados por las madres, con todas las reglas higiénicas, vomitan persistentemente durante los dos ó tres primeros meses; con el vómito el niño no aumenta de peso ó permanece estacionario; acompañan, generalmente, deposiciones verdosas; este vómito es rebelde á toda medicación y resiste también al cambio de alimento. Va acompañado de insomnio, de malestar, encajamiento, disminución de la orina; la situación puede hacerse gra-

ve; un buen día se inicia una erupción en la cara, las dos mejillas se ponen rojas; hay irritación y prurito: es el eczema que aparece; la presencia del eczema hace desaparecer el vómito.

Fuera de esta circunstancia, donde el vómito tóxico es esencialmente individual, nos encontramos á veces con causas accidentales que lo provocan, como la menstruación ó los excesos alimenticios en la mujer.

C) Vómitos por indigestión—Es un vómito por exceso alimenticio ó por falta de adaptación al alimento. Cuando el niño ingiere mayor cantidad de la que debe, aparece, primero, la regurgitación y después el vómito, como una consecuencia del trastorno gástrico provocado por un exceso de leche no digerida. Este hecho es muy frecuente, principalmente en aquellos casos, numerosos, donde la madre da el pecho á su hijo cada vez que lo pide ó que llora por cualquier causa, y se continúa en la noche repetidas veces; bajo este punto de vista hay tolerancias considerables, y á pesar del exceso alimenticio y del vómito que se mantiene como una costumbre, varias veces, entre una lactada y otra, el estado general del niño puede no sufrir ninguna perturbación.

Otras veces, principalmente en la alimentación por ama, el vómito repetido responde á una falta de adaptación, sin que se sepa con precisión su verdadera causa; en estos casos hay, además, desmejoramiento de la marcha del niño; el cambio de ama hace cesar inmediatamente esta situación.

El citrato de soda, en estos casos, da excelentes resultados.

D) Vómitos reflejos.—Es en la hernia donde principalmente se observan. Es un niño que llora continuamente, que vomita siempre, que no adelanta, que se adelgaza hasta caquectizarse; las deposiciones son normales, pero disminuídas en cantidad. La causa puede ser una pequeña punta de hernia, que apenas sobresale en los momentos de dolor; el reposo en la cama y el desenvolvimiento de sus ropas los tranquiliza y los calma. Otras veces la hernia es visible, más ó menos saliente, tensa, resistente á la reducción durante los paroxismos dolorosos que son casi continuos: mama con avidez, desesperado, y al mismo tiempo ó momentos después, se producen vómitos copiosos, que se repiten entre cada lactada y todas las veces que mama.

3.º *La dispepsia gastrointestinal.*—El niño puede tener un aspecto floreciente y ofrecer, sin embargo, trastornos gastrointestinales persistentes. Esto se observa principalmente en aquellos niños sometidos á un exceso alimenticio, á los cuales se les da pecho á todas horas,

sin sujeción á reglas de ninguna clase. Muchos de éstos tienen regurgitaciones y vómitos, en las mismas condiciones que hemos visto hace un momento; pero, en este caso, la alteración es más constante, á la que se agregan desarreglos intestinales más marcados. Las deposiciones no son nunca normales; generalmente son líquidas con grumos blancos; de vez en cuando hay cólicos y se mezclan con materias verdosas. Estos niños duermen mal, están inquietos; presentan irritaciones cutáneas en la región glútea; por momentos tienen fiebre, pricipalmente en el verano. El vientre es abultado; el hígado está grande; el bazo se palpa á veces; la orina es cargada y mancha fuertemente los pañales. Sin embargo, el aspecto del niño es, generalmente, espléndido: llama la atención por su grosor y por su vivacidad. Hay que convenir que muchos de los niños alimentados á pecho presentan, en más ó menos grado, estas manifestaciones, sin que por esto sufran consecuencias que molesten á su salud y que dificulten su desarrollo normal.

4.º *Diarrea verde simple*—Al lado de la diarrea verde infecciosa, existe una diarrea verde simple, que se presenta en ciertos niños, sin estar acompañada de un estado patológico; se trata, simplemente, de una sobreactividad funcional del hígado, ligada á condiciones individuales ó á condiciones especiales de la leche que ingiere.

Algunos niños presentan durante los primeros meses deposiciones francamente verdosas dos ó tres veces por día; esta situación puede durar toda la lactancia ó puede modificarse antes, para reproducirse de tiempo en tiempo, especialmente á la ocasión de la dentición. Toda medicación, en estos casos, resulta, generalmente, inútil.

Otras veces la diarrea verdosa existe sin acompañamiento de trastornos generales, sin fiebre, con aumento de peso, como en el caso anterior, pero la anormalidad desaparece con el cambio de ama.

5.º *Infecciones é intoxicaciones digestivas*—Hasta ahora los trastornos dolorosos y dispépticos son molestias que se caracterizan por su persistencia y por su tenacidad, pero que no comprometen mayormente la salud y la vida del niño. De vez en cuando se producen manifestaciones serias que tienen toda la importancia y reproducen todos los tipos de las gastroenteritis ocasionadas por la alimentación artificial. Formas febriles prolongadas con fetidez de las deposiciones y formas tóxicas caracterizadas por vómitos repetidos, por malestar general, por disminución de la orina, por insomnio, por depresión, etc., que terminan fácilmente en la meningitis.

Estas alteraciones digestivas se producen más frecuentemente en

la estación de verano y coinciden, generalmente, con fuertes estados emotivos, con enfermedades en la mujer que lacta ó con la menstruación.

La espontaneidad con que aparecen los trastornos gastrointestinales del niño alimentado exclusivamente á pecho, las modificaciones rápidas que se obtienen á veces con sólo reglamentar la alimentación ó con el cambio de ama, han hecho buscar la causa en la calidad del alimento, en la forma y cantidad de sus componentes, especialmente para interpretar aquellos hechos caracterizados por su persistencia ó por su gravedad. De aquí ha surgido la necesidad de investigar la leche y buscar en el análisis y en la apreciación de sus elementos una base clínica.

Se trata de resolver: si existe una modificación determinada de la leche, apreciable al análisis químico ó microscópico, que pueda servir de norma para la interpretación de los trastornos digestivos de los niños alimentados á pecho.

Muchos son los trabajos publicados y numerosas son las discusiones y opiniones suscitadas, sin que hasta el presente pueda decirse que se ha hecho uniformidad.

Citaremos: la tesis de Gerson («L'examen du lait des nourrices», París, 1892); la tesis de Guiraud («Considerations chimiques sur le lait de femme», Bordeaux, 1898); los doctores Quintre et Guiraud («Necessité de l'analyse du lait des nourrices», *Revue Mensuelle des maladies de l'Enfance*, abril, 1905); Reyhier et Freund («Ueber den Pettgehalt der Frauen milch», «Jahrbuch für Kinderh», abril y mayo, 1905); Bertholet («Influence de la teneur en beurre du lait de femme sur la santé du nourrison», París, 1906); Marfan («Traité de l'Allaitement»).

Recientemente, este importante asunto fué ampliamente discutido en la Sociedad de Pediatría de París (noviembre, 1906). El doctor Barbier presentó una comunicación sobre la variabilidad de la leche y sobre la importancia de su examen para apreciar la bondad de un ama. Con este motivo, se suscitó una discusión interesante, interviniendo los doctores Mery Variot y Marfan, quienes, en resumen, si no niegan la importancia que este análisis pueda tener en determinadas circunstancias, consideran que no es posible generalizar el procedimiento, porque la experiencia demuestra que no responde á la mayoría de los hechos.

Hace varios años que nos venimos ocupando de observar esta relación y todo lo concerniente á la alimentación á pecho; por nuestra situación de médico director del servicio externo del Asilo de Expósitos y Huérfanos, hemos seguido todo el período de lactancia por amas domiciliarias, de más de 3,000 niños; después, habiendo pasado á ser médico de «La Cuna», en el mismo establecimiento, hemos acumulado elementos, en un estudio detenido sobre 200 amas fijas; todo esto, agregado á nuestra experiencia profesional, nos da base para analizar esta cuestión y deducir aquellas consideraciones que los hechos observados nos permiten formular.

Estudio de 200 amas

En el espacio de cinco años, han pasado por «La Cuna» del Asilo de Expósitos y Huérfanos, 200 amas, que han servido á la alimentación de la gran mayoría de los niños que por allí han pasado. Estos niños, de pocos días ó meses al ingresar al Asilo, sufren una detención provisoria, para salir después de varios días si son sanos, al servicio externo, llevado por un ama que lo criará en su propio domicilio. La estadía media en «La Cuna» oscila entre 20 y 25 días; el número de amas que se tiene permanentemente es de 14, y cada ama lacta dos, tres y hasta cuatro niños, exclusivamente á pecho ó ayudadas con mamaderas de leche de vaca, de yegua, babeurre, etc., según el estado y la edad del niño.

Estas amas son elegidas á su entrada por el médico, quien se basa principalmente en sus condiciones de salud, en el estado del pezón, en que no sea primípara, dando preferencia á la que ya haya estado en el servicio y hubiera sido considerada buena.

En «La Cuna» el ama no tiene otra obligación que la atención y crianza del niño; toda otra tarea le queda suprimida. Viven contentas y satisfechas, rodeadas de todas las comodidades, con espacio suficiente para sus distracciones; y para las necesidades higiénicas, salen una vez por mes.

Son mujeres sanas, robustas; el régimen alimenticio y la vida de tranquilidad que llevan, mejora sus condiciones generales, que se manifiestan en un aumento notable del peso, á la vez que también sus condiciones de ama.

Hemos tomado un término medio de los alimentos que come diariamente cada ama, y hemos obtenido el siguiente resultado:

Pan	428	gramos
Carne cocida y asada	553	»
Arroz	90	»
Fideos	143	»
Verdura	285	»
Café	20	»
Vino	357	»
Leche	2,400	»

La alimentación es libre, pero ellas exigen un menú muy simple; no aceptan variaciones: puchero, asado, sopas. Es de señalarse la cantidad de leche que ingieren diariamente; tienen á su disposición la cantidad que quieran y toman á discreción.

El análisis de estas 200 amas nos permite sacar algunos datos que demuestran cierta particularidad y que nos hacen ver las condiciones en que se ha desarrollado su actuación.

Bajo el punto de vista de la *nacionalidad*, se subdividen:

Italianas	143
Españolas	47
Uruguayas	7
Brasileñas	2
Argentinas	1

La proporción de italianas es considerablemente superior, puesto que representan las tres cuartas partes; casi todas ellas eran napolitanas. En cuanto á las españolas, casi todas han sido gallegas.

Edad del ama:

Menores de 20 años	1
Entre 20 y 25 »	68
» 26 y 30 »	76
» 31 y 35 »	41
» 36 y 40 »	14

De donde se deduce que la gran mayoría de ellas están comprendidas entre los 20 á 30 años, que es la edad que se considera siempre como la más ventajosa. Esto no quiere decir que no haya amas igualmente buenas después; y como ejemplo, podríamos citar algunas del último grupo, que han sido excelentes.

Edad de la leche al ingresar:

Menos de un mes	50
» de 1 á 2 meses	57
» de 2 á 3 »	52
» de 3 á 5 »	41

Como se ve, siempre hemos procurado la proximidad del parto, con el objeto de que la leche fuera más apta para niños chicos, de días, que son los más numerosos, aunque después veremos que, bajo este punto de vista, esta condición no es fundamental, puesto que igual resultado puede obtenerse con leche de todas las edades; y con el objeto también de que la estadía en el servicio se prolongue mayor tiempo, cuando el ama resulta buena.

Número de embarazos:

De 1 embarazo	2
» 2 embarazos	58
» 3 »	47
» 4 »	30
» 5 »	20
» 6 »	17
» 7 »	12
De mayor número	14

De acuerdo con lo que hemos dicho, y es lo que la experiencia enseña, sólo dos primíparas hemos aceptado en un número de 200 amas, y estas dos primíparas salieron al poco tiempo por insuficientes. Las primíparas son, en general, malas amas, por su poca edad, por su susceptibilidad nerviosa, por su falta de experiencia y por la frecuencia con que se manifiesta en ellas la hipogalacia primaria ó secundaria. Hay sus excepciones.

Tiempo quedado en «La Cuna»:

Menos de 1 mes	37
» 1 á 2 meses	30
» 2 » 3	28
» 3 » 4	13

de 4 á 5 meses	7
» 5 » 6	15
» 6 » 7	5
» 7 » 8	12
» 8 » 9	10
» 9 » 10	12
» 10 » 11	10
» 11 » 12	11
Más de 1 año	10

El tiempo que hemos fijado como límite para la estadía es un año después del parto; pero, en algunas circunstancias especiales, cuando se trata de amas muy buenas, la hemos prolongado sin inconveniente alguno. Muchas otras hubieran permanecido también mayor tiempo, pero prefieren retirarse algunos meses antes, con el objeto de no perder el derecho á criar un niño en el servicio externo, que más tarde sería difícil por la edad de la leche.

Causas de la salida:

Por su voluntad	59
Por tener el hijo enfermo	31
Para atender su casa	12
Por término	37
Por enfermedad	23
Por insuficiencia láctea	38

Las causas de la salida quedan claramente especificadas; es de señalarse, entre ellas, la enfermedad del hijo, que ha obligado á 31 amas á separarse del servicio; y muchas otras, con la misma causa, han podido continuar por haberse aquél mejorado. Para evitar estos inconvenientes y el peligro para la vida del niño, exigimos á la entrada del ama que el niño quede á pecho, y con el objeto de que su marcha sea controlada, autorizamos que la madre lo vea de tiempo en tiempo, aparte de la vigilancia que puedan hacer el padre y demás parientes. No obstante esto, muchos se enferman, y varios de ellos se han muerto.

Menstruación.—33 amas han tenido la menstruación durante su permanencia en el servicio, lo que hace un porcentaje de 16.5 por 100.

La menstruación ha aparecido en época variable, pero, generalmente, al rededor del 7.º mes. En algunas ha seguido después regularmente, todos los meses; en otras, la marcha ha sido completamente irregular, no se ha presentado más que una vez, ó ha seguido con intermitencias.

Más adelante nos ocuparemos de la acción de la menstruación sobre la leche y sobre el niño.

Enfermedades tenidas en «La Cuna»:

Grietas y linfangitis	36
Panadizo	2
Enteritis aguda	1
Estado gástrico	6
Conjuntivitis aguda	4
Grippe	7
Infección sifilítica del seno	1
Erisipela de la cara	1
Quemaduras	1
Periostitis alvéolo-dentaria	2
Histeria	1
Reumatismo articular agudo	1

De estas afecciones, la que es peculiar del oficio son las grietas, que figuran representadas en una proporción dominante respecto de las demás. Las grietas han molestado muchas amas, por su tenacidad y persistencia, y es ésta la causa más frecuente de enfermedad, que ha ocasionado la salida de varias de ellas.

En los primeros tiempos, estas grietas eran comunes, porque luchábamos con el muguet, que era endémico en nuestro servicio y que es un factor poderoso en el origen de estas manifestaciones; pero desde hace algún tiempo, gracias á la profilaxis, el muguet ha disminuído considerablemente, y con los cuidados permanentes del pezón, han desaparecido también las grietas.

Como se ve, las enfermedades observadas no son numerosas, ni son graves; las de orden general han sido insignificantes, no obstante las exigencias de una lactancia intensa. Se ha dicho que la lactancia pone en condiciones de menor resistencia á la mujer, y que las enfermedades toman por este motivo, un carácter serio; «es un ser más expuesto á las enfermedades por la lactosuria, por la desapari-

ción del emuntorio menstrual y por el funcionamiento insuficiente del hígado». (Vitry, «Revue Mensuelle des Maladies de l'enfance», febrero, 1905).

En cuanto á la hiperglicemia, hemos examinado, durante largo tiempo, repetidas veces por día, la orina de todas las amas, y nunca hemos visto que se produjera la menor reducción del licor de Fehling.

Examen clínico de la leche

El examen de la leche lo hemos hecho de una manera sistemática, cuantitativa y cualitativamente.

Examen cuantitativo:

Cada cuatro días, por grupos, todas las amas miden la leche. Para esto se pesan todas las lactadas, de los dos ó tres niños del ama, durante las veinticuatro horas; la suma de todas representa la cantidad de leche de todo el día; esta cifra es anotada en la cuadrícula correspondiente al ama, con la edad y el peso de los niños.

El siguiente resumen nos indica la cantidad media diaria que hemos obtenido, apreciando el ama en el conjunto de su estadía, con excepción de las que han permanecido menos de un mes.

Menos de 1,000 gramos.	4
» 1,000 á 1,200 gramos.	12
» 1,200 » 1,400 »	31
» 1,400 » 1,600 »	53
» 1,600 » 1,800 »	37
» 1,800 » 2,000 »	19
Más de 2,000 gramos.	7

Estas cantidades, como hemos dicho, representan una mediana diaria mientras han estado en el servicio, pero dentro de este término caben las más grandes variaciones, dependientes la mayor parte de las veces de la calidad y cantidad de niños que cría, y que se modifican casi diariamente.

La oferta está en relación directa con la demanda; de una manera general puede decirse, que la mujer da tanto más leche, cuanto más se le pide, dentro de los límites naturales, y de esta manera se llega á proporciones muy superiores á las indicadas. Por otra parte, es sa-

bido que no hay nada que estimule más la secreción láctea que la succión del niño.

En las cuadrículas de las amas encontramos, en la mayor parte de ellas, cantidades mayores, y casi todas ellas á los dos ó tres meses de estadía en el servicio, pueden, fácilmente, suministrar dos litros de leche. De tiempo en tiempo esta cantidad es sobrepasada, y así vemos en las anotaciones 2,500 gramos, 2,800, 3 litros y aún más, en algunos casos excepcionales.

En general, la cantidad que nos sirve de límite para apreciar la bondad de un ama es que, después del tercer mes, puede dar, fácilmente, 1,500 gramos.

Examen cualitativo:

A las mismas amas, á quienes se les calcula la cantidad de leche, se les hace, en el mismo día, examen lactoscópico de la grasa y examen microscópico.

La cantidad de grasa es apreciada, para nuestro uso corriente, con el lactoscopo de Fessel. Es un procedimiento incierto, si se pretende hacer un examen exacto; pero practicado diariamente en iguales condiciones, es un medio que nos permite apreciar, comparativamente, el grado de grasa contenida en la leche. Con la experiencia diaria, se llega aproximadamente á una relativa precisión, como lo hemos podido comprobar en varias ocasiones, comparando el resultado obtenido por nosotros con el que daba el laboratorio de la misma leche.

La cantidad de grasa oscila considerablemente; varía de un día para otro y en el mismo día, sin causa que lo justifique, aparte de que varía también en los diversos momentos de una misma lactada; pero, en general, las amas del servicio acusan una proporción muy superior á la mediana. La cifra de 4 á 5 por ciento, es la más común; pero ésta se eleva fácilmente á 6, 7 y 8 por ciento, sin que nada obligue á procedimientos especiales, porque precisamente estas cifras elevadas corresponden á las mejores amas, á aquellas cuyos niños progresan espléndidamente y no presentan alteraciones de ningún género.

Examen microscópico:

El examen microscópico nos hace ver, diariamente, que existe la mayor desigualdad é irregularidad, respecto á la cantidad y dimen-

siones de los glóbulos grasos. Si la cantidad de grasa es variable, lo es mucho más el aspecto microscópico de los glóbulos grasos, puesto que es difícil encontrar, aun para una misma ama, dos preparaciones iguales, á pocos momentos de diferencia. Estos glóbulos grasos se presentan de diversos tamaños, que clasificamos de muy chicos, chicos, medianos, grandes y muy grandes. No hay una preparación que presente un solo tipo: generalmente hay varios. El tamaño de los glóbulos es sumamente variable; se observan diferencias considerables en la misma ama de un examen para otro. Respecto de la edad de la leche, se observa también que no hay un criterio absoluto ni siquiera aproximado, que establezca relación con la forma globular; hay amas que tienen en el primer mes predominancias de las grandes, y hay las otras de edad avanzada, con glóbulos chicos. Pero, de una manera general, se puede decir que, á medida que la leche tiene más tiempo, los glóbulos grasos, grandes, tienden á predominar y á fijarse más constantemente.

Por causa de esta variabilidad permanente, que no obedece á motivos especiales, y que escapa á toda regla, es difícil establecer también una relación entre el carácter de los glóbulos grasos y los trastornos digestivos del niño.

Reacción oxidante:

Hemos practicado centenares de veces el examen de la reacción oxidante, por el procedimiento aconsejado por Marfan, con la solución guayacolada al 1 por ciento. Se toma un centímetro cúbico de esta solución y un centímetro cúbico de la leche que se quiere analizar, se le agrega dos ó tres gotas de agua oxigenada y se calienta ligeramente; cuando es positiva toma una coloración rosada, que puede ir hasta el rojo ladrillo.

Es sabido que bajo el punto de vista de la reacción oxidante se hace una división entre las diversas leches que sirven á la alimentación del niño, la cual corresponde á la clasificación de leches gruesas y leches flacas, establecida clínicamente.

La leche de vaca y de chiva tendrán el fermento oxidante constantemente, mientras que la leche de mujer y de yegua estarían desprovistas de él. en condiciones normales.

Nuestros resultados han sido, de una manera general, los siguientes:

La leche de vaca da siempre la reacción oxidante.

La leche de chiva la da siempre también, pero en una forma más rápida y más intensa; la reacción se produce inmediatamente en frío.

La leche de yegua no da *nunca* la menor modificación de la coloración.

La leche de mujer no modifica, por lo común, su coloración; sin embargo, se observa á veces una reacción oxidante más ó menos intensa, que merece ser considerada.

¿Qué valor tiene la reacción oxidante en la mujer?

Prescindimos de ese primer período consecutivo al parto, de la leche en estado calostral, donde la reacción es siempre francamente positiva; todas nuestras amas lo habían pasado.

La opinión general considera que la presencia de la reacción oxidante supone una alteración de la leche, coincidiendo casi siempre con el retorno al estado calostral, el que se origina por enfermedad, por menstruación, por lactación insuficiente, etc.

Nuestra experiencia no nos ha permitido comprobar esta afirmación.

Fuera de dos ó tres casos excepcionales, donde nos ha sido posible apreciar algún corpúsculo de calostro al examen microscópico, nunca más hemos encontrado estos elementos, en las diversas muestras de leche que venimos examinando diariamente desde hace varios años. Sin embargo, estas mismas leches nos han presentado, repetidas veces, la reacción oxidante positiva.

Esta prueba tiene el valor de una experiencia, puesto que en idénticas condiciones no se producía en otra leche de mujer y *nunca* la hemos obtenido en la leche de yegua.

Marfan dice que la reacción oxidante puede existir, aun cuando no se encuentren corpúsculos de calostro.

Esto estaría de acuerdo con nuestras observaciones; pero es el caso que este eminente maestro afirma, al mismo tiempo, que la reacción oxidante supone siempre un estado anormal de la leche, que coincide con alguna alteración de la mujer y que trae como consecuencia efectos nocivos para el niño.

No ha sido esto lo que nosotros hemos visto. De una manera general, podemos decir que la reacción oxidante ha aparecido á nuestro examen, de sorpresa, inesperadamente; una vez en presencia de ella, hemos investigado la causa, hemos examinado la mujer y el niño ó los niños que criaba, y no hemos encontrado absolutamente nada de anormal. Otras veces, han coincidido con alguno de los estados indicados como necesarios, pero han sido las menos.

En oposición á esto, hemos investigado con interés, bajo este punto de vista, la leche de mujer en menstruación, en estado febril, ó cu-

yos niños presentaban trastornos digestivos seguidos, y no hemos obtenido la coloración rosada ó rojiza característica.

En resumen, deducimos que, de una manera general, no es posible sacar conclusión alguna de la reacción oxidante en la leche de mujer.

Examen químico de la leche

Con el objeto de cerciorarnos de una manera más perfecta y sobre la composición de la leche que estudiamos, para poder establecer deducciones exactas, bajo el punto de vista de la alimentación y de sus condiciones digestivas, hemos recurrido al profesor Giribaldo, director del Laboratorio Químico Municipal, quien ha tenido la deferencia de examinar la leche de las amas de «La Cuna», que nosotros le mandábamos.

En el análisis químico de la leche es de suma importancia conocer el procedimiento seguido para la extracción, teniendo en cuenta que la composición varía para cada lactada y para los diversos momentos de una misma lactada.

Diversos son los procedimientos aconsejados: Gregor toma durante la lactada, á intervalos iguales, varias porciones de leche; Reyhier, en cada lactada de las 24 horas, toma una porción igual de leche, al principio y al fin; Michel hace una mezcla de tres muestras, tomadas á las 6 a. m., á las 3 p. m. y á las 9 p. m.; Deval toma 10 c. c. al empezar la lactada, por la mañana, 10 en el medio de una lactada, por la tarde, y 10 al final de una lactada, por la noche.

Nuestro procedimiento ha sido el siguiente: casi siempre, á la misma hora, antes de almorzar, previo apoyo por el niño para facilitar la extracción de la leche, el ama se ordeña en un recipiente, vaciando todo un seno; si la leche no sale fácilmente, se emplea la pezonera de doble tubo. De esta manera, se obtienen 100 gramos, poco más ó menos, conteniendo la leche en todos los períodos de la lactancia, y se manda inmediatamente al laboratorio.

Hemos procedido siempre del mismo modo, y creemos que esta condición es la que vale, tratándose de un resultado sujeto á muy grandes variaciones.

El método de análisis seguido por el profesor Giribaldo, ha sido el siguiente:

Manteca.—Para determinar las materias grasas, se sigue generalmente el procedimiento *ácido butirómetro* de Gerber, el cual consiste en provocar la separación de la manteca de 11 c. c. de leche por cen-

trifugación, después de agregar una mezcla de 10 c. c. de ácido sulfúrico de 1.820 de densidad, y 1 c. c. de alcohol amílico. Esta operación se hace en un tubo especial graduado, llamado butirómetro de Gerber. Este procedimiento ha dado siempre excelentes resultados en la oficina que dirige el señor Giribaldo.

Lactosa.—Para la determinación de la lactosa se sigue el procedimiento volumétrico de reducción de las sales cúpricas. El reactivo de Fehling que se utiliza, se valora con una solución de lactosa hidratada pura.

Materias albuminoideas.—Generalmente se calcula por diferencia, entre el residuo total á 95° y la suma de los demás constituyentes determinados directamente.

Cuando se desea obtener datos directos, se procede á determinar el nitrógeno total por el procedimiento de Kjeldahl, y con este dato se calculan las materias albuminoideas, mediante el coeficiente 6.4.

Estos son los elementos que se aprecian, generalmente, para valorar la leche de mujer, por cuya razón no mencionaremos la reacción, densidad, cenizas, extracto á 95°, extracto privado de grasa, manteca por ciento de extracto, que se consignan en los análisis del profesor Giribaldo.

Estos análisis los hemos agrupado de la siguiente manera:

Núm. del ama	Fecha del análisis	Edad de la leche	Manteca	Materias albuminoideas	Lactosa
		Menos de 1 mes			
198	Julio 4 de 1906	29 días	4.40	2.81	6.90
199	» 4 » »	10 »	3.60	2.26	7.04
195	Mayo 17 » »	15 »	4.10	2.18	7.04
		1 á 2 meses			
197	Junio 20 de 1906	1 mes y 1 día	3.40	2.57	7.20
194	Mayo 17 » »	1 » 15 días	2.80	2.30	7.04
192	Abril 6 » »	1 » 10 »	6.—	1.42	7.04
157	Mayo 4 » 1905	1 » 27 »	3.70	2.55	6.90
151	Marzo 4 » 1906	1 » 16 »	5.80	1.88	6.74
		2 á 3 meses			
202	Octubre 9 de 1906	2 meses 24 días	6.60	2.19	6.90
196	Junio 20 » »	2 » 16 »	6.20	2.48	6.90
193	Abril 24 » »	2 » 8 »	2.80	1.53	7.20
190	» 24 » »	2 » 27 »	4.30	1.92	6.90
188	» 6 » »	2 » — —	5.—	1.30	7.04
149	Marzo 9 » 1905	2 » 5 »	5.60	2.04	6.60
151	» 16 » 1906	2 » 1 »	2.90	2.32	6.90
152	» 16 » »	2 » 12 »	3.48	1.50	7.04
154	» 16 » »	2 » 8 »	4.—	2.43	6.22
161	Abril 27 » 1905	2 » 6 »	2.70	1.38	7.38
163	Mayo 4 » »	2 » 24 »	5.90	2.07	6.60
152	» 4 » »	2 » 24 »	2.90	2.24	6.74
		3 á 4 meses			
195	Agosto 2 de 1906	3 meses 2 días	5.50	1.36	7.04
184	Abril 6 » »	3 » — —	3.70	1.24	7.20
191	» 6 » »	3 » — —	6.60	1.04	7.04
145	Marzo 9 » 1905	3 » 15 »	5.30	2.11	7.04
148	» 9 » »	3 » 18 »	5.30	2.11	6.46
149	Abril 27 » »	3 » 24 »	4.70	1.65	7.38
150	» 6 » 1906	3 » 12 »	3.—	1.47	6.90
155	» 6 » »	3 » 26 »	5.40.	1.57	7.04
154	» 27 » 1905	3 » 19 »	2.10	1.61	7.02
160	» 27 » »	3 » 22 »	4.25	2.46	6.46
		4 á 5 meses			
202	Enero 2 de 1907	4 meses 17 días	7.—	1.44	7.04
195	Febrero 25 » 1906	4 » 21 »	5.30	1.52	7.04
156	Abril 13 » »	4 » 2 »	6.30	1.62	7.04
158	» 13 » 1905	4 » 6 »	3.10	1.19	7.56

Núm. del ama	Fecha del análisis	Edad de la leche	Manteca	Materias albuminoideas	Lactosa
		5 á 6 meses			
192	Agosto 20 de 1906	5 meses 21 días	4.20	1.18	7.20
184	Junio 7 » »	5 » 5 »	3.10	1.62	7.20
191	Mayo 31 » »	5 » — »	3.80	1.57	7.20
140	Marzo 23 » 1905	5 » 2 »	4.50	2.28	6.34
146	Mayo 16 » »	5 » 27 »	4.85	1.91	6.90
162	Abril 27 » »	5 » 18 »	3.50	1.48	7.38
		6 á 7 meses			
195	Octubre 9 de 1906	6 meses 15 días	5.20	1.50	6.90
184	Julio 23 » »	6 » 24 »	4.40	1.28	7.38
191	» 23 » »	6 » 25 »	7.10	1.14	7.38
189	Abril 24 » »	6 » 4 »	6.50	1.19	7.04
140	Mayo 4 » 1905	6 » 14 »	4.30	1.81	7.02
		8 á 9 meses			
195	Enero 2 de 1907	8 meses — días	8.—	1.76	7.04
196	Diciembre 12 » 1906	8 » 4 »	4.—	1 40	7.04
184	Febrero 7 » »	8 » 8 »	3.70	1.67	7.04
191	» 7 » »	8 » 7 »	5.70	1.14	7.38
182	Mayo 31 » »	8 » 12 »	1.40	1.32	7.38
175	Abril 24 » »	8 » 10 »	6.—	1.43	7.20
		9 á 10 meses			
192	Diciembre 12 de 1906	9 meses 15 días	4.70	0.93	7.04
196	Enero 18 » 1907	9 » 14 »	10.60	1.18	7.04
184	Octubre 19 » 1906	9 » 23 »	5.—	1.76	7.04
191	» 19 » »	9 » 24 »	7.10	1.61	7.04
176	Abril 24 » »	9 » 12 »	6.—	1.12	7.20
131	Marzo 23 » 1905	9 » 8 »	5.30	2.20	6.46
		10 á 11 meses			
131	Abril 27 de 1906	10 meses 12 días	5.10	1.42	7.20
		11 á 12 meses			
184	Diciembre 20 de 1906	11 meses 20 días	3.80	1.71	7.04
191	» 20 » »	11 » 21 »	3.40	1.76	7.04
166	Abril 24 » »	11 » 4 »	7.30	1.60	7.20
165	» 6 » »	11 » — »	4.—	1.19	7.04
192	Enero 18 » 1907	11 » 25 »	4.40	1.23	7.04

Núm. del ama	Fecha del análisis	Edad de la leche	Manteca	Materias albuminoideas	Lactosa
		12 á 13 meses			
176	Agosto 2 de 1906	12 meses 22 días	6.70	1.24	7 04
120	Marzo 9 » 1905	12 » 4 »	3.90	1.65	6.90
166	Junio 7 » 1906	12 » 22 »	6.70	1.24	7.04
		14 á 17 meses			
176	Septiembre 25 de 1906	14 meses 14 días	3.40	1.73	7.04
166	Agosto 20 » »	15 » — »	4.10	1.64	7.20
155	Febrero 1 » »	14 » 15 »	6.40	1.84	6.40
110	Marzo 4 » 1905	16 » 15 »	4.70	1.79	6.90

De estos exámenes pueden sacarse algunas conclusiones que nosotros concretaremos:

Desde luego surge un hecho sabido: la variabilidad considerable de los diversos componentes de la leche; esta variabilidad es independiente de la edad de la leche. Bajo el punto de vista de la grasa, de las materias albuminoideas y de la lactosa, no hay relación alguna entre la cantidad de estas substancias y los diversos meses que comprende la lactancia, desde el principio hasta el fin. Es fácil observar que, partiendo de este examen, no hay base para distinguir una leche de un mes, de una de 10 meses, por ejemplo. Cuando más, podría decirse que las materias albuminoideas ofrecen una cifra más elevada, durante los primeros meses; en cuanto á la materia grasa, por sus enormes oscilaciones desde el principio, no es posible establecer relación alguna.

Observamos que la lactosa tiene un coeficiente casi fijo de 7.04 con ligeras oscilaciones.

La albúmina varía entre 1 y 2 gramos; rara vez sobrepasa esta cifra. No hay ninguna relación entre la cantidad de grasa y la cantidad de albúmina; á mucha cantidad de grasa puede corresponder poca cantidad de albúmina y viceversa.

El factor más sujeto á variación, es, sin duda alguna, la grasa. En general se observa un hecho, que nos había llamado la atención desde el principio de nuestras investigaciones, y es que la cantidad sobrepasa la mediana, indicada por todos los autores. Así, vemos 5, 6, 7, 8 y hasta 10 por 100 de manteca en algunos análisis.

Para algunos autores, este hecho tendría una importancia extraordinaria para la interpretación de los trastornos digestivos de los niños alimentados exclusivamente á pecho. Veremos después que no podemos suscribirnos á esta opinión, porque, á pesar de esas cifras considerables, los niños criados con esas leches que acusan excesiva cantidad de materia grasa, presentan una marcha espléndida y regular, salvo muy raras excepciones, imputables á otras causas.

En el cuadro siguiente, hemos agrupado diversos análisis, por amas, tomados en períodos distintos de la lactancia:

Núm. del ama	Edad de la leche	Manteca	Materias albuminoideas	Lactosa
195				
	15 días	4.10	2.18	7.04
	3 meses 2 »	5.50	1.36	7.04
	4 » 21 »	5.30	1.52	7.01
	6 » 15 »	5.20	1.50	6.90
	8 » — »	8.—	1.76	7.04
149				
	2 meses 5 días	5.60	2.04	6.60
	3 » 24 »	4.70	1.65	7.38
154				
	2 meses 8 días	4.—	2.43	6.22
	3 » 19 »	2.10	1.61	7.02
184				
	3 meses — días	3.70	1.24	7.20
	5 » 5 »	3.10	1.60	7.20
	6 » 24 »	4.40	1.28	7.38
	8 » 8 »	3.70	1.67	7.04
	9 » 23 »	5.—	1.76	7.04
	11 » 20 »	3.80	1.71	7.04
202				
	2 meses 24 días	6.60	2.19	6.90
	4 » 17 »	7.—	1.44	7.04
191				
	3 meses — días	6.60	1.04	7.04
	5 » — »	3.80	1.57	7.20
	6 » 25 »	7.10	1.14	7.38
	8 » 7 »	5.70	1.14	7.38
	9 » 24 »	7.10	1.61	7.04
	11 » 21 »	3.40	1.76	7.04
140				
	5 meses 25 días	4.50	2.18	6.34
	6 » 14 »	4.30	1.81	7.02
151				
	1 mes 16 días	5.80	1.88	6.74
	2 meses 15 »	2.90	2.32	6.90
152				
	2 meses 12 días	3.48	1.50	7.04
	2 » 24 »	2.90	2.24	6.74
166				
	11 meses 4 días	7.30	1.60	7.20
	12 » 22 »	6.70	1.24	7.04
	15 » — »	4.10	1.64	7.20
176				
	9 meses 12 días	6.—	1.12	7.20
	12 » 23 »	6.50	1.12	7.04
	14 » 14 »	3.40	1.73	7.04
192				
	5 meses 21 días	4.20	1.18	7.20
	9 » 15 »	4.70	0.93	7.04
	11 » 25 »	4.40	1.23	7.04
196				
	2 meses 16 días	6.20	2.48	6.90
	8 » 4 »	4.—	1.40	7.04
	9 » 14 »	10.60	1.18	7.04

De estos cuadros resulta, también, que no es posible establecer reglas fijas para una misma ama, respecto á la composición de su leche, en los diversos períodos de la lactancia. Si en algunos casos parece establecerse una escala progresiva de la cantidad de grasa, en la mayoría de ellos esta relación no existe, y se observan, por el contrario, grandes oscilaciones, completamente independientes de la edad.

Debemos agregar que estas amas, bajo el punto de vista de la lactancia, están colocadas en condiciones distintas á las mujeres que lactan sus propios hijos ó que siguen permanentemente la lactancia de un solo niño. En ellas hay saltos considerables, en relación con las necesidades del servicio; generalmente son niños recién nacidos; á veces son niños de varios meses; otras veces enfermos; otras, débiles congénitos; pero en todos los casos la secreción se agota, ó el funcionamiento glandular se mantiene de una manera debida, porque se busca suplir con el número la deficiencia de la succión, cuando es necesario.

La bondad de estas amas se pone de manifiesto en las impresiones generales de los resultados obtenidos.

Hay que considerar que los niños que ingresan á «La Cuna», llegan, generalmente, enfermos ó en malas condiciones; muchos de ellos mueren al poco tiempo, por venir en estado grave; el 20 por 100 son menores de 2,500 gramos.

Fuera de estas circunstancias, la marcha de los niños es bastante favorable, y los niños salen generalmente del Servicio, después de un tiempo variable, con un aumento notable del peso y en excelentes condiciones generales.

El resumen general nos da el siguiente resultado:

Años	Niños	Estadía media	Mortalidad
1901-1902	1,018	20 días	16.6 %
1903	599	22 »	14.84 »
1904	553	23 »	11.— »
1905	565	25 »	14.— »
1906	624	25 »	10.25 »

Entre estos niños, figuran anualmente de 40 á 50 que son alimentados artificialmente; los demás son alimentados á pecho exclusivamente, ó ayudados, cuando las circunstancias lo exigen—pero siempre en forma excepcional,—con una ó dos mamaderas de alimento artificial.

II

CONSIDERACIONES GENERALES

Con los antecedentes que acabamos de detallar y con los resultados obtenidos en una larga experiencia profesional, vamos á tratar de abordar la cuestión de que informa esta comunicación.

¿Qué valor tiene el análisis de la leche en la lactancia á pecho?

Desde hace mucho, se busca establecer una relación entre la cantidad de los diversos componentes de la leche y los trastornos digestivos que presentan ciertos niños alimentados exclusivamente á pecho. En estos últimos tiempos, nuevas tentativas, basadas en el análisis y en la clínica, tienden más á fijar la idea de que eso es posible, y partiendo de esta afirmación, proclaman el examen de la leche como un medio necesario para justificar la bondad del alimento.

Este dato tendría mucha importancia, porque él nos permitiría establecer, con indicaciones exactas, una prescripción ó un consejo médico, en los numerosos casos que nos ofrece á diario la práctica profesional.

Sin embargo, nada más lejos de la realidad. Tomemos un ejemplo muy común: un niño no marcha bien; tiene trastornos digestivos frecuentes, se manda examinar la leche de la madre ó del ama, y resulta, según el análisis, de excelentes cualidades. Otras veces es lo inverso que sucede; por aprensiones ó por particularidades del niño, independientes de la alimentación, se manda examinar la leche, y resulta mala ó deficiente cuando el estado del niño no puede ser más favorable.

Recientemente hemos observado lo siguiente, que es un ejemplo más de los muchos que podríamos citar:

Una madre lacta su hijo de cuatro meses; permanentemente, trastornos digestivos, diarrea verde, grumos blancos, dolores; á consecuencia de una fuerte emoción de ella, el niño hace fiebre intensa, con deposiciones fétidas, llegando hasta poner en peligro su vida. En estas condiciones se busca un ama; mejora el niño después de varios días, y la madre se decide á criarlo de nuevo; los desarreglos y la fiebre aparecen en seguida. Vuelta al ama, la mejoría se establece pronto.

De manera que la cuestión era bien clara, bajo el punto de vista

clínico: por un lado, una leche nociva, la de la madre; por otro lado, una leche curativa, la del ama. Nada más natural que estas dos leches acusaran al examen una diferencia profunda, que explicara, á la vez, su diferencia de acción.

Nada de esto ha sucedido. Las dos leches eran exactamente iguales en caseína y manteca; no había corpúsculos de calostro; la única diferencia consistía en que en la madre predominaban los glóbulos grasos medianos; y en el ama, los grandes, lo que nada significa para la cuestión que nos ocupa.

La razón de la acción diferente de estas dos leches, había que buscarla en otro lado. La madre es primípara, histérica, profundamente emotiva, y la infección intensa se despertó en el niño al día siguiente de una fuerte emoción, sin interrumpir la lactancia.

Por estos hechos, no podemos suscribirnos á la conclusión de Barbier y Boinot («Bulletins de la Société de Pediatrie», 20 de noviembre 1906), donde establecen: «que el análisis de las leches maternales mal toleradas por los niños, rinde los más grandes servicios: da una regla exacta para la regularización de las lactadas; permite también evitar los trastornos gastrointestinales, entretenidos por una alimentación que no se sospecha excesiva hasta entonces, y evitar las atrofias, que son la consecuencia».

Opinamos, con Variot, que no es posible aceptar que se quiera hacer jugar un rol capital á las variaciones en las proporciones de principios fijos de la leche, para explicar la dispepsia y la intolerancia gástrica de los lactantes.

Se hace incapié en el argumento, apoyado en la fisiología y en la dietética, de que el proceso digestivo descansa en el conocimiento del valor cualitativo de la ración alimenticia. Esto, que es absolutamente variable en el adulto, para cada individuo, como lo evidencia el proceso de la dispepsia nerviosa, lo es mucho más para el niño, aparte de la variabilidad particular que tiene la leche de mujer, según infinidad de circunstancias, que hace que la leche de un momento no sea igual á la del otro, diferencia de un día para otro, que se modifica con el régimen alimenticio, con el régimen de vida, etc.

En el niño existen, además, condiciones especiales de adaptación, que le permiten tolerar leches de composiciones químicas, que se desvían profundamente de la mediana normal, lo cual nos indica que para interpretar exactamente las condiciones digestivas de una leche, no basta el conocimiento de la cantidad de sus principios fijos; hay algo más dependiente de la leche y del niño; ese algo más no lo co-

nocemos exactamente, por cuya razón, nos obliga á ser parcos en afirmaciones generales, y sin embargo, es el que juega un rol importante en la alimentación á pecho.

El niño utiliza las provisiones según sus necesidades. Es corriente ser consultado sobre un niño que mama muy poco, apenas unos minutos, y á pesar de esto, que preocupa á la madre, se encuentra espléndidamente; las condiciones nutritivas de la leche que ingiere deben ser excelentes; pero bajo el punto de vista químico, no es esencialmente diferente de otras que no dan igual resultado. El hecho inverso se produce, también, prácticamente: el niño no progresa debidamente, á pesar de que la leche es buena en cantidad y calidad, lo que se ha probado alimentando otro niño, que la ha tolerado perfectamente. No se trata aquí de una simple falta de adaptación, porque eso sucede especialmente con la leche de la madre, sino de condiciones individuales, que no se modifican, á pesar de que se varíe de ama; la marcha siempre se caracteriza por ser inferior á la normal.

De manera que debemos tener presente, además, en la cuestión que nos ocupa, las condiciones individuales del sujeto, que pueden ser especiales, aunque, por lo común, cuando la alimentación á pecho es seguida en buenas condiciones, los resultados son siempre favorables, cualquiera que sea su composición química.

Consideramos, pues, que en general el análisis químico de la leche no alcanza á explicar los fenómenos clínicos por su falta de constancia y porque no existe un criterio, no sólo invariable, sino aproximado,—como lo veremos en seguida al analizar las diversas cuestiones que pueden presentarse,—que nos permita formular conclusiones firmes entre los componentes de la leche y las condiciones digestivas del lactante.

Influencia de la cantidad de manteca:

En la composición de la leche, la substancia que mayores oscilaciones ofrece, es la manteca. Por esta razón, se ha querido ver en esto uno de los elementos más seguros para establecer deducciones clínicas, especialmente cuando el trastorno digestivo coincide con un exceso de las proporciones fisiológicas.

La cantidad de grasa, aceptada como mediana normal, es de 35 por 1,000. Hemos visto en nuestros análisis que la cifra citada es excedida generalmente de mucho. Las cantidades de 50 y 60 por 1,000 son comunes en los análisis del laboratorio, aparte de nuestros exámenes

clínicos, diariamente practicados con el lactoscopio de Fessel, que nos da también iguales resultados.

La tesis de Bertholet (París, 1906), que estudia especialmente esta cuestión, acompaña una serie de observaciones, donde los desarreglos intestinales del niño han coincidido con una excesiva cantidad de grasa, y en algunos de ellos se ha corregido con el cambio de nodriza.

Nuestra observación nos hace mirar estos hechos como simple coincidencia, de los cuales no es posible deducir conclusiones generales. Algunas de nuestras amas se han particularizado por una excesiva cantidad de grasa permanentemente, y han sido precisamente las mejores, aquellas cuyos niños aumentaban espléndidamente de peso, sin sufrir alteraciones digestivas de ninguna especie.

Tomemos, como ejemplo, el ama 195, que ha ofrecido siempre más de 50 por 1,000 de materia grasa, y que en el examen del 2 de enero aparece con 80 por 1,000. Esta ama entró pesando 74 kilos el 1.º de mayo, y el 16 de diciembre pesa 90 1/4 kilos; da un rendimiento fácil de 2,000 gramos diarios y lacta en ese momento tres niños: dos menores de un mes, y un tercero de dos meses, exclusivamente á pecho, y los cría desde poco tiempo después del nacimiento; no puede pedirse en el examen de estos niños una marcha más natural y un estado general más satisfactorio.

El ama 196, que también es excelente, ingresa pesando 61 kilos el 16 de mayo, y el 16 de diciembre pesa 67; da también un rendimiento fácil de dos litros diarios, y en los exámenes químico y lactoscópico acusa siempre fuertes proporciones de grasa; en el último examen aparece con la enorme cifra de 10.60 por ciento. Parecería que una leche así produciría, necesariamente, en los niños que la ingieren, un fuerte malestar; sin embargo, nada de eso ha sucedido. La leche tiene actualmente nueve meses y catorce días, y como en todos los casos, encontramos una gran variabilidad al examen microscópico que cada cuatro días practicamos á cada ama. De tales exámenes presentamos á continuación las últimas anotaciones:

1	enero:	Glóbulos grasos, grandes y medianos.
5	»	Muchos chicos, y muy chicos.
9	»	Muchos grandes, y muy grandes.
13	»	Muchos de todo tamaño; predominan los grandes.
17	»	Muchos grandes y chicos; predominan los chicos.
21	»	Muchos de todo tamaño.

Los últimos niños criados por esta ama, coincidiendo con estos análisis, han sido el 3,524 y el 3,527. El primero ingresa al Servicio el 15 de diciembre, con nueve días de edad, pesando 3,690 gramos. Sale el 22 de enero con 4,400 gramos.

El segundo ingresa el 29 de diciembre, con cinco días de edad, pesando 2,680 gramos; sale el 12 de enero, con 3,000 gramos.

Hay que agregar que sólo salen al servicio externo los niños perfectamente sanos.

Desde hace tiempo nos hemos detenido particularmente á observar esa relación de la cantidad de grasa con la tolerancia digestiva del niño, y hemos llegado á la convicción,—aparte de lo que pudiera haber de paradojal en esta afirmación,—de que dicha tolerancia es independiente de la cantidad de grasa. No nos sería posible detallar aquí los numerosos ejemplos que lo demuestran, además de los enunciados; pero ha sido motivo repetido de examen en nuestras lecciones clínicas. Con esto pretendemos demostrar que el sujeto ha sido estudiado y analizado con toda la atención que requiere.

La teoría de Pawlow, según la cual el exceso de grasa en el estómago disminuye la secreción gástrica y detiene el pasaje de los alimentos del estómago al intestino por oclusión inhibitoria del píloro, no nos parece conforme á estos hechos.

La interpretación de la tolerancia que se manifiesta clínicamente con toda evidencia, debemos buscarla en las propiedades específicas que tiene la materia grasa, como todos los componentes de la leche de mujer, y en las condiciones especiales de adaptación y de digestión del estómago del niño.

Influencia de la cantidad de caseína:

El niño utiliza las materias albuminoideas para el desarrollo de sus tejidos, gracias á la presencia de la manteca, que juega el rol de alimento de ahorro.

La caseína juega un rol importante en el proceso digestivo del lactante, al extremo que, según lo que se desprende de los estudios sobre el quimismo gástrico del lactante, la acción del estómago se desarrolla exclusivamente sobre la caseína, transformada por medio del fermento lab, en un coágulo de flocones muy finos, pobre en grasa, distinto del que se obtiene con la alimentación por leche de vaca.

«Podemos concluir que la caseína, no es solamente coagulada en el estómago de los lactantes, sino que, además, dicho coágulo es en

parte licuado y peptonizado, y que esta segunda parte de la digestión gástrica es mucho más completa cuando el niño es nutrido al seno que cuando lo es con leche de vaca».—(Marfan, *Traité de l'Allaitement*).

La cantidad de caseína contenida en la leche de mujer es, término medio, de 16 por 1,000; en la leche de vaca es el doble; y en la leche de yegua el 10 por 1,000.

Se ha querido ver siempre en la diversa cantidad de caseína que existe entre la leche de mujer y la de vaca, una diferencia fundamental, bajo el punto de vista de su digestión; la leche de yegua, en virtud de la poca cantidad de esta substancia, es un alimento bien tolerado por los niños, en general, y que tiene su utilidad práctica en determinadas circunstancias.

Ahora bien: conocida su importancia en el proceso digestivo, parécenos que el análisis químico de la leche pudiera también interpretar, en vista de la mayor ó menor cantidad de substancias proteidas, algunos desarreglos gastrointestinales de los niños criados á pecho.

Sin embargo, no sucede así. Desde luego, la caseína oscila también considerablemente, como ha sido dicho: desde 1 gramo hasta 2.50 fluctúan las cifras de nuestros análisis, lo que bien vale llamar la atención. Además, no hemos visto en estas oscilaciones ninguna relación de causa á efecto sobre el proceso digestivo del niño; no hemos podido apuntar un solo hecho donde el desarreglo gastrointestinal tuviera una relación evidente con el exceso de la cantidad de caseína.

Por otra parte, todos los autores que estudian esta cuestión, como las observaciones publicadas de intolerancia de la leche de mujer, se concretan exclusivamente á demostrar la influencia del exceso de grasa, de lo cual se desprende que no se le ha dado mayor importancia á las materias albuminoideas, las que en algunos casos pueden alcanzar casi el doble del estado fisiológico.

Influencia del examen microscópico:

Se ha querido ver también en el tamaño de los glóbulos grasos, la causa explicativa de los trastornos digestivos persistentes de algunos lactantes. Pero aquí, ¡cuántas diferencias! Ya lo hemos dicho: en el análisis diario que hacemos no encontramos jamás una fórmula igual á otra, y en el examen de cada ama, practicado con poco tiempo de distancia, no se encuentra tampoco una igualdad, observándose, por el contrario, con frecuencia, las diferencias más disparatadas.

En las observaciones señaladas por algunos autores, se atribuye esta falta de adaptación, en el proceso digestivo, al tamaño considerable de los glóbulos grasos. Marfan, por el contrario, ha encontrado en dos de sus observaciones que la persistencia de los desarreglos intestinales coincidía con la presencia de glóbulos grasos pequeños.

Aunque la característica de estos exámenes sea la extrema variabilidad, hemos visto amas excelentes, á quienes ponderábamos continuamente por el buen aspecto de sus niños, tener con frecuencia glóbulos grasos grandes y muy grandes; hemos visto también en las mismas condiciones la preponderancia de los glóbulos chicos.

Esto nos obliga á decir que el examen microscópico de los glóbulos grasos, en relación con la clínica, demuestra que la tolerancia digestiva del niño es completamente independiente de su diámetro.

Influencia de la edad de la leche:

Podemos deducir, de nuestras observaciones, que la edad de la leche, en relación con la edad del niño, no tiene tampoco influencia, bajo el punto de vista de la tolerancia gástrica.

Constantemente observamos en «La Cuna» niños de pocos días, lactados por amas de varios meses; otras veces, la leche tiene dos ó tres meses y el niño alrededor de un año. La relación que quiere verse respecto de la edad, no tiene en nuestro concepto mayor significación; observamos todos los días diferencias enormes, hasta de un año y más, y sin embargo, la marcha del niño no puede hacerse en condiciones más favorables.

Bajo el punto de vista práctico, este conocimiento tiene su importancia. Nos indica,—además de poder llenar satisfactoriamente las necesidades de un servicio como el nuestro,—que el médico en un momento de urgencia puede prescindir de la edad de la leche, á condición de que el ama sea sana; fuera de esta circunstancia, es indudable que siempre que sea posible se debe preferir aquella ama cuya edad de la leche se acerque á la del niño, con el objeto de que la duración de la lactancia pueda prolongarse el tiempo debido.

Amas excepcionalmente buenas:

No obstante el examen químico y microscópico, hay amas dotadas de excepcionales condiciones de bondad. Precisamente estas amas, que hacen buenos todos los niños que se les confían para la crianza,

son aquellas cuya leche contiene constantemente en exceso la materia grasa, es decir, la substancia que se hace intervenir como de mayor influencia en los desarreglos digestivos de los niños lactados á pecho.

Hemos tenido y tenemos constantemente dos ó tres de estas amas, algunas de las cuales han estado repetidas veces, y juegan en «La Cuna» un rol de considerable importancia.

Estas mujeres dan siempre leche, en cantidades altas, puede decirse que tanta como se le pide; en la mayor parte de ellas se llega á dos litros y medio, y hasta tres litros cuando se le exige, sin mayor inconveniente para su salud; dos de ellas daban esta última cantidad frecuentemente.

Lo particular es que la leche de estas amas se adapta á la capacidad digestiva del niño, cualquiera que sea su edad, cualquiera que sea su estado de salud. Cuando un niño en el servicio no marcha bien, porque no se adapta al alimento que ingiere, lo pasamos á una de estas amas, y casi con seguridad su transformación se hará pronto evidente. Cuando ingresa un niño enfermo, que necesita mayores atenciones y sobre todo, un buen alimento, lo toma una de estas amas y los resultados son siempre satisfactorios.

Son amas especiales para los débiles congénitos. Estos niños, cualquiera que sea su peso, una vez que han vencido los primeros peligros, marchan con estas amas espléndidamente. Entre ellas, las hay que tienen permanentemente tres ó cuatro débiles congénitos alimentados exclusivamente á pecho, y los mantienen hasta su salida al servicio externo, lo que sucede á los cuatro ó cinco meses de edad, cuando la vida del niño está perfectamente asegurada.

En fin, son leches esencialmente buenas, dotadas de propiedades biológicas que escapan á todo análisis, pero que tienen en el niño su mejor reactivo. Estas leches contradicen de la manera más formal las pretendidas influencias sobre las alteraciones digestivas, basadas en los análisis químico y microscópico, porque, ofreciendo lujosamente las condiciones de intolerancia en que éstas se fundan, los resultados que se obtienen satisfacen ampliamente.

Citaremos algunos ejemplos:

AMA 192—ITALIANA—30 AÑOS—4 EMBARAZOS—INGRESA AL MES

Núm. del niño	Fecha de entrada		Peso de entrada	Edad	Fecha de salida		Peso de salida	OBSERVACIONES
3171	Mayo	18	1,740	1 día	Agosto	13	3,320	Débil congénito—Mellizo.
3193	»	30	2,720	7 días	Julio	14	8,600	
3251	Julio	12	2,240	2 »	Octubre	24	3,494	Débil congénito — Llega frío— Hemorragia genital y bronquitis — Después muguet — En agosto, congestión pulmonar grave.—Nació cuando la madre estaba en eclampsia.
3402	Octubre	6	2,530	horas	Diciembre	13	3,540	
3437	»	26	2,830	1 día	»	7	3,480	Ictericia intensa.

AMA 155—ITALIANA—30 AÑOS—2 EMBARAZOS—INGRESA Á LOS TRES MESES

2790	Septiemb.	16	2,300	horas	Noviembre	7	3,500	
2812	»	25	2,180	2 días	Diciembre	5	3,270	Débil congénito — Dedos supernumerarios.
2861	Octubre	20	2,710	horas	Enero	13	3,660	Hipospadias primer grado — Infección digestiva.
2888	Noviemb.	15	2,060	»	Febrero	13	3,210	Débil congénito—Ictericia — Coriza.
2952	Octubre	24	1,540	15 días	Abril	3	3,900	Débil congénito—Coriza—Bronquitis.

AMA 110—ITALIANA—25 AÑOS—4 EMBARAZOS—INGRESA AL MES

1903	Diciembre	24	2,060	4 días	Febrero	13	8,250	Débil congénito — Conjuntivitis purulenta.
1969	Febrero	8	2,110	8 »	Mayo	17	2,800	Débil congénito — Estuvo muy grave.
1974	»	15	2,140	7 »	Abril	13	2,980	Débil congénito—Ictericia.
2026	Marzo	28	1,700	17 »	Junio	10	2,475	Débil congénito.
2086	Abril	28	1,910	horas	Agosto	20	3,200	Débil congénito (mellizo).
2128	Mayo	26	1,580	7 días	Septiembre	3	2,500	Débil congénito (mellizo).—Bronquitis.
2156	Junio	19	2,610	3 »	»	17	3,300	Infección gastrointestinal.
2399	Diciembre	7	1,630	1 mes	Abril	1	3,130	Débil congénito—Muguet.
2496	Febrero	5	1,140	horas	Julio	1	3,350	Débil congénito—Ataques de cianosis.

AMA 150—ITALIANA—35 AÑOS—5 EMBARAZOS—INGRESA AL MES

2503	Febrero	9	3,430	14 días	Marzo	21	4,120	Conjuntivitis purulenta.
2549	Marzo	18	2,850	horas	Mayo	2	3,500	Nació en el Manicomio.
2555	»	22	2,800	2 días	»	9	3,370	Infección digestiva—Hemorragia genital—Muguet.
2592	Abril	22	2,390	5 »	Julio	4	3,660	Ictericia—Bronquitis — Infección digestiva—Muguet.
2641	Mayo	25	2,590	horas	»	22	3,460	Ictericia.
2779	Septiembre	8	1,570	»	Diciembre	21	3,380	Débil congénito — Conjuntivitis purulenta.
2857	Octubre	24	2,660	»	Febrero	22	3,480	Ictericia—Muguet.
2869	Noviembre	7	2,270	7 días	Diciembre	27	3,300	Ingresa con trastornos digestivos.

AMA 131—ITALIANA—32 AÑOS—4 EMBARAZOS—INGRESA AL MES Y 6 DIAS

Núm. del niño	Fecha de entrada	Peso de entrada	Edad	Fecha de salida	Peso de salida	OBSERVACIONES
2168	Julio 1	2,140	2 días	Octubre 27	3,440	Débil congénito—Bronquitis.
2187	» 12	3,170	horas	Agosto 24	3,500	
2524	Febrero 25	2,040	3 días	Mayo 2	3,000	Débil congénito — Vicio alimenticio.

AMA 96—ITALIANA—27 AÑOS—6 EMBARAZOS—INGRESA Á LOS 16 DÍAS

Núm. del niño	Fecha de entrada	Peso de entrada	Edad	Fecha de salida	Peso de salida	OBSERVACIONES
1461	Marzo 11	2,102	1 día	Junio 27	2,900	Débil congénito — Conjuntivitis purulema.
1473	» 21	2,490	5 días	Julio 28	3,410	Muguet—Ataques de cianosis—Bronconeumonía — Conjuntivitis purulenta.
1681	Agosto 18	2,225	horas	Noviembre 2	2,750	Débil congénito—Edema de las piernas.
1796	Noviembre 3	2,875	horas	Febrero 13	3,350	Débil congénito — Muguet—Tos convulsa en incubación, que se desarrolló á los pocos días.

AMA 102—ITALIANA—37 AÑOS—9 EMBARAZOS—INGRESÓ AL MES

Núm. del niño	Fecha de entrada	Peso de entrada	Edad	Fecha de salida	Peso de salida	OBSERVACIONES
1669	Agosto 9	2,440	10 días	Noviembre 2	3,200	Débil congénito—Coriza y congestión pulmonar. — Estuvo muy grave.
1982	Febrero 20	2,820	horas	Marzo 26	3,620	
2056	Abril 14	3,000	»	Mayo 24	3,290	Muguet—Ictericia.

AMA 165—ITALIANA—32 AÑOS—4 EMBARAZOS—INGRESA Á LOS 24 DÍAS

Núm. del niño	Fecha de entrada	Peso de entrada	Edad	Fecha de salida	Peso de salida	OBSERVACIONES
2620	Mayo 15	2,550	horas	Julio 29	3,650	Ictericia—Muguet—Coriza.
2722	Julio 31	2,550	»	Septiemb. 23	2,940	Ataques de cianosis—Muguet.
2782	Septiemb. 11	3,380	16 días	Octubre 21	4,320	Muguet.
2791	» 14	2,160	horas	Diciembre 5	3,320	Débil congénito—Ictericia.
2898	Noviemb. 24	2,430	1 día	» 30	3,020	Infección umbilical—Conjuntivitis.
2920	Diciembre 5	2,170	3 días	Enero 26	3,110	Débil congénito—Infección umbilical—Conjuntivitis — Ictericia—Muguet.
2906	Noviemb. 30	2,110	1 día	Mayo 3	3,400	Débil congénito—Infección umbilical.

AMA 161—ITALIANA—25 AÑOS—3 EMBARAZOS—INGRESA Á LOS 2 1/2 MESES

Núm. del niño	Fecha de entrada	Peso de entrada	Edad	Fecha de salida	Peso de salida	OBSERVACIONES
1702	Septiemb. 1	2,205	horas	Noviembre 5	2,950	Débil congénito—Muguet.
1917	Enero 17	2,810	1 día	Marzo 2	3,250	Infección gastro-intestinal.
1975	Febrero 15	2,360	8 días	» 27	3,160	Débil congénito — Ictericia—Infección intestinal—Traquelohematoma.
1965	» 4	1,505	6 »	Abril 1	2,030	Débil congénito — Conjuntivitis purulenta—Ataques de cianosis.

AMA 191 — ITALIANA — 27 AÑOS — 4 EMBARAZOS — INGRESA Á LOS 2 MESES Y 22 DÍAS

Núm. del niño	Fecha de entrada		Peso de entrada	Edad	Fecha de salida		Peso de salida	OBSERVACIONES
3087	Marzo	30	1,830	horas	Julio	6	2,980	Débil congénito—Ataques de cianosis.
3142	Mayo	1	2,420	4 días	Junio	23	3,040	Ictericia.
3218	Junio	15	2,580	8 »	Agosto	2	3,440	Traquelohematoma.
3295	Agosto	4	2,390	horas	Septiemb.	12	2,830	Enfriamiento.
3302	»	7	1,930	14 días	Octubre	23	3,170	Débil congénito—Parálisis obstétrica.
3321	»	17	1,510	2 »	Diciembre	15	2,920	Débil congénito (mellizo).
3335	»	23	1,780	10 »	Noviemb.	27	3,280	Débil congénito—Ictericia.
3433	Octubre	23	1,980	1 día	Diciembre	29	3,220	Débil congénito.

AMA 108—ESPAÑOLA—32 AÑOS—3 EMBARAZOS—INGRESA DE 1 MES

Núm. del niño	Fecha de entrada		Peso de entrada	Edad	Fecha de salida		Peso de salida	OBSERVACIONES
1726	Septiemb.	12	2,110	horas	Diciembre	16	2,750	Débil congénito—Ictericia.
1837	Noviemb.	23	2,915	8 días	Enero	28	3,330	Vicio digestivo.
1839	»	24	2,510	7 »	Febrero	13	3,300	
1879	Diciembre	15	2,850	1 mes	Abril	6	3,900	Vicio alimenticio—Infección piel.
1951	Enero	25	2,370	horas	Marzo	19	3,400	Débil congénito—Ictericia.
2060	Abril	17	2,640	10 días	Junio	4	3,340	
2127	Mayo	26	1,950	7 »	Julio	16	2,910	Débil congénito (mellizo)—Muguet.

AMA 166—ITALIANA—40 AÑOS—9 EMBARAZOS—INGRESA Á LOS 15 DÍAS

Núm. del niño	Fecha de entrada		Peso de entrada	Edad	Fecha de salida		Peso de salida	OBSERVACIONES
2618	Mayo	10	2,430	horas	Agosto	11	3,120	Hemorragia umbilical—Ictericia—Muguet.
2640	»	24	2,940	»	Septiembre	1	3,300	Sospechoso de sífilis—Pezonera.
2724	Julio	31	2,840	»	»	18	3,700	Coriza.
2778	Septiembre	7	2,830	»	Octubre	30	3,800	Ictericia.
2827	Octubre	2	2,300	14 días	Enero	13	4 520	Débil congénito—Hidrocele doble.
2857	»	24	2,660	horas	Febrero	22	3,480	Muguet—Colitis persistente por el muguet.
2908	Noviemb.	30	2,140	1 día	Marzo	3	3,220	Débil congénito.
2984	Enero	15	2,010	2 días	»	27	3,000	Muguet.

AMA 196—ESPAÑOLA—22 AÑOS—2 EMBARAZOS—INGRESA Á LOS 2 MESES

Núm. del niño	Fecha de entrada		Peso de entrada	Edad	Fecha de salida		Peso de salida	OBSERVACIONES
3197	Junio	4	2,550	8 días	Julio	6	3,330	
3198	»	4	2,660	2 »	»	10	3,480	
3259	Julio	17	2,390	8 »	Septiembre	1	3,030	
3310	Agosto	9	2,760	horas	Octubre	8	3,950	
3337	»	25	2,880	»	Septiemb.	29	8.510	
3385	Septiemb.	24	3,490	1 mes	Diciembre	22	4,500	Labio leporino, úvula bífida, trastornos digestivos, alimentado á pezonera.
3397	Octubre	3	2,250	8 días	Noviemb.	12	3,109	Débil congénito—Muguet.

AMA 184--ITALIANA—27 AÑOS—5 EMBARAZOS—INGRESA Á LOS 27 DÍAS

Núm. del niño	Fecha de entrada	Peso de entrada	Edad	Fecha de salida	Peso de salida	OBSERVACIONES
2899	Enero 26	3,200	2 m. 10 d	Febrero 8	3,420	Lo recibe con gastroenteritis grave por menstruación del ama que lo tenía. El 18 de enero pesaba 3,880 gramos.
2972	Febrero 7	2,520	1 mes	Abril 28	4,970	Lo recibe muy grave por lo mismo; el 24 de enero pesaba 3,200 gramos.
2976	» 7	2,680	3 meses	Marzo 15	3,750	Lo recibe muy grave por lo mismo; el 31 de enero pesaba 2,920 gramos.
3129	Abril 20	1,440	7 días	Agosto 11	3,150	Débil congénito—Bronquitis.
3169	Junio 1	1,920	14 »	» 2	3,100	Débil congénito—Trastornos digestivos.
3276	Julio 25	1,770	26 »	Octubre 29	2,920	Débil congénito.
3369	Septiembre 1	1,760	7 »	Noviembre 3	3,490	Débil congénito—Murguet.
3390	» 29	1,930	2 »	» 27	2,920	Débil congénito (madre con tuberculosis avanzada).
3480	Noviemb. 23	2,300	3 »	Enero 7	3,260	Débil congénito (madre con sarampión).
3506	Diciembre 2	1,230	horas	» 27	2,010	Débil congénito.

Causas ocasionales de la intolerancia digestiva

Es lógico admitir en presencia del desarreglo digestivo íntimamente ligado á la leche de pecho, como resulta evidente en muchas circunstancias, de que este alimento, bien tolerado hasta entonces, debe haber sufrido una modificación, que lo transforme, y que explique sus efectos más ó menos nocivos. Hemos visto como estas alteraciones no pueden subordinarse á un examen, que está muy lejos de satisfacer por su falta de constancia, y porque los hechos contradicen á cada instante sus resultados.

Hay muchas cosas que descubrir en la composición de la leche, dijo Schlœsing, y es indudable que deben existir alteraciones biológicas que el niño las siente, pero que no alcanzan á revelar todavía ni el reactivo químico ni el microscopio, y son sin embargo, quizás las únicas que podrían explicar estos fenómenos clínicos, dependientes exclusivamente de la alimentación.

Mientras no se alcance á penetrar estos secretos y no se tenga los medios de ponerlos en evidencia, es el conocimiento etiológico que debe fijar nuestra atención, porque él nos da acceso á los factores originales, y conocida la causa, más fácil nos será corregir sus efectos.

En este sentido, pasaremos en revista las causas etiológicas más comunes, y veremos el valor que les corresponde á cada una:

1.º La sobrealimentación.
2.º La falta de adaptación.
3.º Los estados patológicos.
4.º La emotividad.
5.º La menstruación.

La sobrealimentación: El conocimiento de la capacidad del estómago del niño, según las edades y el proceso nutritivo valorado en calorías, nos enseña á considerar que la alimentación está subordinada á reglas, que deben seguirse, si se quieren llenar las funciones de una manera fisiológica.

El exceso de alimento que se da al niño repercute sobre su capacidad digestiva, produciendo desarreglos, que se manifiestan por regurgitaciones, vómitos y diarreas, y la continuación de este estado de dispepsia trae como consecuencia la dilatación de los órganos abdominales, con repercusión sobre el estado general, bajo la forma de un raquitismo en diverso grado. Bajo dos aspectos puede presentarse el niño: el más común es un estado floreciente, de un grosor bien apreciable, aunque las carnes sean blandas, pálidas, con transpiraciones fáciles, ó bajo la forma de desnutrición, en un grado más ó menos avanzado de atrofia.

Estos defectos se evitarían haciendo que el niño haga sus lactadas regularmente, con tiempo determinado y á intervalos siempre iguales y dejando durante la noche un espacio de siete á ocho horas sin alimentarse.

Para mantenernos dentro de la realidad, debemos considerar estos hechos como muy raros, frente á la frecuencia en que la sobrealimentación se produce. Es excepcional, aun en las clases acomodadas, encontrar un niño subordinado á la dietética conveniente; si en algunos casos el régimen se sigue de día, lo común es que de noche se mantenga al pecho casi continuamente, y esto sucede más fácilmente cuando el niño tiene ya seis ó siete meses, es decir cuando las lactadas deberían ser más espaciadas, cada tres horas, y cuando de noche, el descanso debería ser mayor y más efectivo. Por otra parte, la cantidad de leche que ingiere el niño en cada lactada es esencialmente variable; hay una mediana diaria progresiva en la edad, pero cuya curva sufre grandes oscilaciones, y comparando unas lactadas con otras, de un mismo día ó de día diferente, se notan las más grandes diferencias y las más grandes irregularidades.

Sin embargo, los niños que hacen estos excesos, son en general, fuertes, caminan al año, con sus ocho incisivos, con su fontanela por cerrarse; en una palabra, son niños perfectamente sanos, perfectamente normales. En la gente obrera, donde el niño mama cuando quiere y lo hace á cada momento de día y de noche, es una necesidad de que se llene hasta hartarse, siendo prueba de esto y de su buena digestión, para las madres, las regurgitaciones que se producen después de cada lactada; es precisamente en este medio donde se encuentran los niños más hermosos.

Por más que nuestra tendencia sea siempre buscar en la alimentación á pecho el sometimiento á las condiciones higiénicas, lo que practicamos de una manera sistemática en nuestro servicio en «La Cuna» con la balanza como guía, hemos creído conveniente hacer estas reflexiones, que nos presentan frente á lo que debe ser, lo que es, y debemos declarar que lo que es, es en general bueno. Estas observaciones nos demuestran, que si la dietética es absolutamente indispensable en la alimentación artificial, no puede ser tan rigurosa en la alimentación á pecho, porque la bondad del alimento supera toda otra consideración y porque la potencia digestiva del niño es suficiente para defenderse y adaptarse á sus necesidades.

Falta de adaptación: En algunos casos el desarreglo digestivo no puede ser explicado por ninguna causa; el ama es sana, no hay alteración de ningún género, las lactadas se hacen á sus horas precisas y en la cantidad debida. Existe evidentemente en estos casos, una falta de adaptación, que puede traducirse por pequeñas manifestaciones gastrointestinales, ó puede adquirir proporciones que pongan en peligro la vida del niño.

A veces estos hechos ocurren en la alimentación por la madre; agregando una ó dos mamaderas de alimento artificial (leche de vaca, de yegua, babeurre, etc.), han mejorado; pero en general, puede asegurarse que la sola manera de corregirlos es cambiando de pecho, si las circunstancias lo exigen.

Donde aparece con más frecuencia es en la alimentación por ama. Los hechos pasan, generalmente, de la manera siguiente: el niño no aumenta de peso, vomita y tiene deposiciones irregulares persistentes; estas alteraciones no tienen una explicación satisfactoria, si no es la falta de adaptación á la leche; en efecto, se pasa á otra ama, y la mejoría no tarda en producirse.

Repetidas veces hemos observado el hecho siguiente:

Hay dos niños que no marchan bien: presentan trastornos gastro-

intestinales seguidos, con diminución de peso. Los dos niños son alimentados exclusivamente á pecho, por amas distintas; ninguna diferencia de edad, ó estado particular que explique esta intolerancia. La prolongación de este estado, donde peligran la salud y la vida del niño, impone medidas radicales, sujetas principalmente al cambio de pecho; se hace el cambio en forma de experiencia, pasando á un ama el niño de la otra, y viceversa. Esta prueba ha dado casi siempre espléndidos resultados; desde ese momento, se inicia para los niños una verdadera mejoría, que se traduce rápidamente en una franca curación.

Esto nos demuestra que, respectivamente, la leche de estas mujeres, no era mala, sino que no era apta á la capacidad digestiva de esos niños. Por otra parte, esas amas crían á la vez otros niños, en excelentes condiciones, lo que justifica su bondad, y al examen químico microscópico, nada hay que pudiera servir para explicar esta anomalía.

¿De qué depende esta falta de adaptación?

Es difícil explicarlo, como es difícil penetrar todas las particularidades esenciales que ofrece el estudio de la alimentación del niño, donde se observan á veces los hechos más paradojales. Todo hace suponer que la causa reside en la leche; las propiedades nocivas de esta leche, es sólo para ciertos niños, y no lo es para otros, en los cuales puede tener espléndidas cualidades; es esta afinidad íntima, que sólo el reactivo individual pone en evidencia, lo que escapa todavía á una interpretación racional.

Estados patológicos: Las enfermedades del ama, repercuten sobre la secreción láctea, despertando alteraciones que, en muchos casos, pueden no ser apreciadas al análisis, pero en el niño son capaces de producir reacciones anormales de diverso grado.

No pretendemos estudiar completamente las relaciones de la patología con la lactancia, lo que nos llevaría demasiado lejos, sino insistir sobre aquellas particularidades prácticas en relación con el objeto de nuestra tesis.

En las enfermedades agudas, en las pirexias, principalmente, (grippe, angina, pneumonía, etc.) se despiertan estados infecciosos ó tóxicos, que pueden desaparecer rápidamente si se suspende la lactancia, ó prolongarse al mismo tiempo que ellas, si se sigue el pecho. Más especialmente se observan estas alteraciones en las enfermedades del aparato digestivo, como las indigestiones, estados gástricos, infecciosos, gastrointestinales.

Pero, donde el hecho tiene mayor significación, es en ciertos estados de la madre, de carácter tóxico, representados más bien por molestias que por enfermedades, pero que repercuten sobre el niño, provocando un desarreglo gastrointestinal constante; nos referimos especialmente á la dispepsia y á la constipación, por la frecuencia con que se manifiestan en la mujer que cría.

Las mujeres artríticas, sujetas á estados asmatiformes, á cefalalgias, ó neuralgias frecuentes, á jaquecas periódicas, tienen también, con frecuencia, sus niños con estados dispépticos, con alternativas de agudización, bajo la forma de vómitos alimenticios y biliosos, de deposiciones con gruesos grumos y de diarreas verdosas.

Sin embargo, aquí también la cuestión ofrece sus particularidades propias; la tolerancia puede ser tal que sorprenda, y hemos visto repetidas veces que la continuación de la lactancia, dentro de estados febriles agudos como consecuencia de anginas, de grippe, de reumatismo, etc., no han despertado en el niño el menor desarreglo digestivo.

A este respecto, nos parece interesante referir la siguiente observación, que demuestra una tolerancia completa, dentro de una hipertermia verdaderamente excepcional.

Se trata de una mujer multípara, que presenta, desde el embarazo de su último hijo, accesos febriles, caracterizados por hipertermia extraordinaria. Estos accesos febriles aparecen bruscamente, dentro de un estado general espléndido, se inician por un ligero escalofrío; la temperatura aparece en seguida, subiendo rápidamente, hasta alcanzar el máximo al poco tiempo; la columna termométrica se llena, en un termómetro, (marca Pillischer) cuyo máximo es 44 grados pero queda todavía un espacio de dos grados, poco más ó menos, antes de llegar al límite; de manera que se calcula que la fiebre llega, en estos casos, á 46 ó 47 grados; los termómetros se inutilizan después de cada ataque febril; sólo una vez ha roto el termómetro. Acompaña á esta hipertermia un estado de modorra y fuerte sensación de peso en la cabeza. Hecho muy particular á señalarse: mientras dura la fiebre, la respiración y el pulso no se modifican, presenta el número correspondiente á la normal.

Después de esta fiebre, sin localización de ninguna especie coincidiendo con un estado general espléndido, se encuentra rápidamente bien, y al día siguiente está como si nada hubiera ocurrido. Todo hace suponer que se trata de una reacción particular, exclusivamente nerviosa.

Los accesos se repiten de tiempo en tiempo, dos ó tres días seguidos, y duran casi todo el día.

Pues bien, esta mujer, que el único antecedente patológico que se le señala, es el haber tenido hace varios años, hemoptisis supletorias de la menstruación, y que actualmente no presenta nada, pudiendo ser considerada como perfectamente sana, bajo el punto de vista general y local, cría exclusivamente á pecho su pequeña hija, que tiene en este momento diez meses; es una criatura espléndidamente desarrollada, no ha presentado nunca un desarreglo digestivo, y lo particular de esta observación es que sigue lactando su hija durante todo su estado febril, sin que jamás la niña haya acusado por ello la menor molestia.

Para terminar esta cuestión, diremos que hemos examinado, repetidas veces, la leche de amas en momentos en que se encontraban atacadas de afecciones leves, pero que coincidían con algunos desarreglos en los niños que criaban, y no hemos encontrado nunca corpúsculos de calostro; en cuanto á la reacción oxidante, se ha manifestado en una forma tan desigual, que impide deducir toda conclusión de importancia.

Estados emotivos: El sistema nervioso juega un rol capital en la lactancia á pecho. Es de observación vulgar la influencia que tienen los estados emotivos, las simples impresiones desagradables, sobre la secreción láctea y su repercusión sobre el estado digestivo del niño.

Hay mujeres que, debido á su emotividad persistente, provocan permanentemente alteraciones en el niño, que sólo se modifican con el cambio de alimento. Estas alteraciones, lejos de corregirse, se mantienen, porque exageran mayormente con su presencia, el nervosismo de la madre, cayendo en un círculo vicioso, difícil de corregir en muchos casos.

Por esta razón, hay que cuidar mucho en la mujer que lacta, las impresiones, los estados emotivos, las preocupaciones de cualquier orden, especialmente, todas las afectaciones de carácter moral ó psíquico.

La manifestación más característica, la encontramos en los cólicos intestinales de los niños pequeños, que hemos descripto al principio: es una modalidad clínica particular, siempre la misma, y siempre del mismo origen, por lo cual es fácil ponerla en evidencia é interpretarla.

¿Cuál es la causa de este síndrome doloroso? Se examina la leche de la madre, aun mismo repetidas veces, y no puede señalarse nada

de anormal; se purga al niño, se le da lavajes, agua de Vichy, pepsina, etc., y el estado continúa; de vez en cuando se notan acalmías pasajeras.

Pero estudiemos la madre. Es casi siempre una primeriza, de un medio social acomodado, afectiva, excesivamente impresionable; como causa ocasional, la intervención de extraños y de parientes con consejos ó prejuicios que más la excitan, en vez de calmársele, y de sugestionársele en un sentido favorable, todo pugna por empeorar su situación y también la del niño.

Hay toxinas nerviosas, que se exteriorizan por el espasmo doloroso del intestino, como en otros niños provocan el vómito por espasmo del píloro. El dolor es independiente de la diarrea verdosa; muchos niños tienen diarrea verdosa prolongada, pero sin dolor; en cambio, hay otros niños que tienen dolor y las deposiciones son á veces amarillas. De manera que lo particular de estos hechos es el dolor, provocado por el espasmo intestinal; los momentos de acalmía en el niño corresponden casi siempre á estados transitorios de tranquilidad en la madre.

Podemos agregar el siguiente ejemplo, que conceptuamos significativo, en favor de la influencia del nervosismo sobre estos estados. A pesar de la frecuencia con que se observan fuera del hospital estas manifestaciones, en «La Cuna», donde las amas viven siempre en el mayor reposo moral y psíquico, se oye llorar excepcionalmente un niño, no obstante la frecuencia de las deyecciones verdosas, y no obstante, también, las diferencias considerables, muy comunes entre la edad de la leche y la del niño.

Esta manifestación es muy rebelde á la curación, porque la causa persiste; desaparece espontáneamente á los tres ó cuatro meses, por adaptación; en ciertos casos, impone el cambio de pecho. En otros casos es la dispepsia gastrointestinal simple, provocada exclusivamente por el nervosismo de la madre. Hay mujeres que viven permanentemente excitadas, preocupadas de todo lo referente al hijo, con marcada exageración. Entre las causas que provocan estas alteraciones, hemos encontrado frecuentemente la balanza, instrumento peligroso cuando se deja en manos de ciertas madres ó del ama, permanentemente pendientes del resultado del peso.

La mujer que cría debe gozar de una tranquilidad absoluta, y sobre todo, desviarse en lo posible de las preocupaciones de la lactancia. La vigilancia debe hacerse en forma indirecta, hasta que se demuestre la necesidad de modificar la alimentación.

Estas alteraciones, más ó menos serias, á las que se pueden agregar otras de carácter infeccioso ó tóxico, que pueden aparecer por la misma causa, no modifican aparentemente la leche.

En estos días, hemos visto un niño permanentemente dispéptico, criado exclusivamente por la madre, con excesivas preocupaciones y atenciones; madre dispéptica y exageradamente nerviosa. Un estado emotivo de la madre produjo en el niño un estado infeccioso, caracterizado por fiebre, diarrea verde, fetidez y gruesos grumos blancos.

El examen químico y microscópico de la leche dió el siguiente resultado:

Manteca, 39 por mil.

Materias albuminoideas, 15 por mil.

Lactosa, 7 por mil.

Glóbulos grasos medianos; no hay corpúsculos de calostro.

Como se ve, no se puede pedir un análisis más normal; sin embargo, la persistencia del estado infeccioso, que se agravaba cada vez que la madre le daba el pecho, hizo necesario recurrir á un ama, para mejorar la situación.

Tampoco aquí, por consiguiente, encontramos en el examen de la leche una explicación satisfactoria al fenómeno tan común de los desarreglos digestivos del niño, coincidiendo con estados emotivos de la madre.

Menstruación: Sólo hemos tenido en cuenta la relación del nervosismo con el aparato digestivo, pero las emociones y los ataques morales, tienen también otras modificaciones, entre las cuales se destacan por su importancia las convulsiones en los niños, aisladas ó repetidas, según sea la intensidad y la persistencia de la curva ocasional.

Nada más interesante que los hechos de observación respecto á las relaciones de la menstruación con la lactancia.

Ya hemos dicho que 16.5 por 100 de nuestras amas, han presentado menstruación, todas ellas á los varios meses de su estadía en el Servicio. La proporción es quizás mayor, considerando que muchas de ellas se han retirado antes del tiempo común en que esta función se desarrolla.

Ahora bien: en la mayoría de los casos la menstruación transcurre sin mayor significación para el niño. A veces se presentan algunos trastornos digestivos sin importancia (diarrea verde, cólicos, malestar, insomnio), que duran tres ó cuatro días, sin mayor modificación del estado general; esto es común, sobre todo, en la lactancia por la madre.

En otros casos, la menstruación va acompañada de fenómenos mayores y hasta de afecciones graves.

Estos estados pueden ser transitorios: duran unos pocos días y después desaparecen; en otros casos, adquieren un grado tal de gravedad y de persistencia, que se impone el cambio de pecho, aun mismo cuando es criado por la madre. El hecho se hace más evidente, porque se trata, en general, de niños lactados espléndidamente hasta los siete ú ocho meses y más; aparece la menstruación y con ella la enfermedad, la que puede adquirir grande importancia.

Los ejemplos abundan; tomaremos algunos recientes:

Una madre multípara, ha criado su hijo hasta ahora, que tiene diez meses; bruscamente, sin que el niño hubiera tomado otra cosa que el pecho, presenta malestar, vómitos y después diarrea sanguinolenta; al mismo tiempo la menstruación aparece, persiste varios días con fiebre, con diarrea, etc., y mejora al desaparecer el flujo menstrual.

Otra mujer, secundípara, primera menstruación al octavo mes. El niño, muy sano, criado sólo á pecho. Amanece inapetente y quejándose. Por la tarde 39 grados, deposiciones verdes. Está agitado é inquieto. Aceite castor. Pasa mala noche, temperatura desciende. Al día siguiente 37°3, deposiciones verdosas y fétidas, por la tarde 39°, se suspende el pecho, y á la noche 40 grados. Temperatura siempre rectal. Vendajes y lavajes fríos. Muy agitado, ha tenido arcadas. Al otro día, amanece con 39°5, toma un poco de pecho, baños y lavajes; está despejado; la madre al cuarto día de menstruación; á las doce del día 40 grados. De tarde se encuentra un poco mejor, mama cada tres horas; llega á 38°5; el mismo tratamiento. Duerme bien; por la mañana despejado, vientre blando, algunos cólicos, lengua saburral, á mediodía 40°5. Calomelano 0.06; tiene dos deposiciones amarillas, fétidas; fatigado, abatido; á las siete p. m., 38°6. Todo el día, dieta hídrica. Menstruación terminando. Al día siguiente amanece sin fiebre, estado general excelente, mama cada tres horas; cesó la menstruación; sigue sin novedad.

Examen de la leche: cuatro gramos de grasa por ciento, glóbulos grasos de diferentes tamaños, reacción oxidante negativa. No hay corpúsculos de calostro.

Otro ejemplo: madre multípara, amamanta su niño, de ocho meses, que se encuentra muy bien hasta entonces. Manifestaciones gastrointestinales que se atribuyen á la dentición; se tiene á dieta hídrica y mejora; empieza de nuevo á mamar y se empeora; el cuadro es grave, toma todo el aspecto de las gastroenteritis tóxicas; en ese momento

se inicia en la madre la menstruación; es la primera vez que aparece. Nuevamente dieta hídrica, sigue así varios días, con alternativas, y en vista del estado de gravedad, caracterizada por vómitos repetidos, por intranquilidad, por deposiciones verdosas fétidas, porque no orina, por su aspecto general que hace temer la meningitis, que continúa á pesar de haber cesado la menstruación, se cambia de pecho, y desde ese momento empieza á mejorar hasta la completa curación.

Si esto sucede con la madre, el hecho es más importante en la alimentación por ama; por eso, es una condición que debe tenerse en cuenta, en su elección. Hay amas, cuya menstruación es tolerada sin mayor inconveniente; pero, en cambio, hay otras que despiertan trastornos en el niño, que pueden ser serios, y hemos visto algunos en que los mismos fenómenos intensos se repetían á cada menstruación, obligando el cambio.

Ahora bien, esta modificación que sufre la leche, haciéndose profundamente nociva para el niño, ¿corresponde á alteraciones químicas y microscópicas apreciables?

En algunos casos estas alteraciones existen evidentemente, caracterizadas, principalmente, por la presencia de corpúsculos de calostro y por la reacción oxidante positiva; pero, en otros, quizás más numerosos, según nuestra observación, no hay modificación de ninguna especie.

Citaremos los dos ejemplos siguientes, de amas de «La Cuna», donde el examen se siguió rigurosamente:

El ama 120: es una mujer sana, italiana, de veintiocho años, que ha tenido cuatro hijos; ingresa al Servicio á los diez y ocho días.

En su cuadrícula encontramos, frecuentemente, anotaciones diarias de 2,400, 2,500, 2,600 gramos.

El día 20 de febrero, al año de edad de la leche, encontramos la siguiente anotación:

Cantidad, 2,680 gramos.

Examen micróscopico: glóbulos grasos abundantes, de todo tamaño.

Lacta tres niños: uno de 2 meses y 23 días, que recibe á la vez, dos mamaderas de leche de vaca de 90 gramos.

Uno de 24 días.

Uno de 16 días.

Está con menstruación, que empezó ayer. Hasta este momento era considerada como una excelente ama; todos los niños aumentaban espléndidamente de peso, sin desarreglos de ninguna especie. El examen químico de la leche había dado días antes: grasa 3.90; materias

albuminoideas 1 gr. 65; lactosa 6 gramos 90; está de más decir que las proporciones de estos componentes, no pueden ser más normales.

Sin embargo, esta ama, que tiene por segunda vez su menstruación el 16 de marzo, tiene que salir del Servicio el 22 del mismo mes, con la siguiente nota:

«Por considerarse que la leche es nociva para los niños que cría, porque disminuyen de peso y ofrecen trastornos digestivos serios. Los niños que no prosperaban con esta ama han mejorado rápidamente con otra».

El ama 157, italiana, de 24 años, multípara, ingresa á los quince días después del parto.

Encontramos anotadas las siguientes cantidades de leche diaria: 1,700, 1,800, 1,940, 2,020, 2,180, 2,210 y 2,340, como máximo.

Ama reputada como muy buena; cría continuamente dos ó tres niños. La cantidad de grasa oscila, en los diversos exámenes diarios, entre 3 y 5 por ciento; las anotaciones sobre el examen microscópico son muy variables, como en todos los casos. De igual manera, la reacción oxidante, acusada á veces débil, sin encontrarse corpúsculos de calostro.

En octubre, á los ocho meses, hace su primera menstruación, la que se repite todos los meses, sin novedad, durando alrededor de cinco días; el estado del ama se mantiene bien; nada en ella ha cambiado, aparentemente, pero la calidad de su leche se ha transformado, sin que el examen nos revele nada de particular.

En enero, los niños que cría se enferman, coincidiendo con la menstruación, y adquieren rápidamente un estado grave, de los cuales uno fallece; es un estado tóxico, con depresión, anuria, vómitos repetidos, deposiciones verdosas y acuosas.

Los niños fueron pasados al ama 184, en la forma siguiente:

2899—El 18 de enero pesa 3,880 gramos; el 26 de enero cambió de ama, grave, y pesando 3,200 gramos. El 8 de febrero sale con 3,420 gramos.

2972—El 24 de enero pesa 3,200 gramos; el 7 de febrero cambió de ama, grave, y pesando 2,520 gramos. El 28 de abril sale con 4,970 gramos.

2976—El 31 de enero pesa 2,920 gramos; el 7 de febrero cambió de ama, grave, y pesando 2,680 gramos. El 15 de marzo sale con 3,750 gramos.

Vemos, por consiguiente, que las toxinas de la menstruación influyen sobre el niño, provocando un estado grave, que se hace evi-

dente en la disminución considerable del peso; vemos, también, los efectos de un cambio de ama á tiempo, que ha conseguido salvar á estos tres niños de una muerte segura, si se hubiera persistido en la lactancia por dicha ama.

En otro de los niños, por la rapidez y gravedad de los fenómenos, no pudo hacerse lo mismo, terminando por la muerte; con la particularidad de que este niño había sido pasado días antes á esta ama, porque presentaba continuamente vómitos y diarrea, con disminución de peso, y el cambio había rápidamente reportado una franca mejoría.

Es el niño 2882, que ingresa el 10 de noviembre de 1905, con horas de edad, pesando 3,120 gramos. Frecuentemente tiene desarreglos digestivos, principalmente el vómito, por falta de adaptación; oscila mucho en el peso, hasta que el 20 de diciembre se pasa al ama 157, pesando 2,870 gramos. Los vómitos cesan en seguida.

El 26 de diciembre, 3,000 gramos.

El 7 de enero, 3,150 gramos.

El 15 de enero, 3,250 gramos.

El 19 de enero, 3,250 gramos.

Llama la atención que el peso se mantenga igual; el niño está triste; algunas deposiciones verdosas.

El 20 de enero, al ama le aparece la menstruación.

El 21 de enero, el niño tiene cinco deposiciones; facies encajado, deprimido; no quiere mamar: 39°, suero artificial.

El 22 de enero, seis deposiciones fétidas.

El 23 de enero, pesa 2,600 gramos; muy grave; sigue diarrea; estado tóxico. Ha bajado 550 gramos en cuatro días. Temperatura 39°.

Así sigue hasta que fallece el día 26, con fenómenos de gastroenteritis tóxico.

El ama sale del Servicio con la siguiente anotación:

«Esta ama era muy buena para toda clase de niños; así se mantuvo hasta que apareció la menstruación. Desde entonces las cualidades de la leche se han modificado; todos los niños se han enfermado con trastornos digestivos y estados tóxicos graves».

Es indudable que debe existir una modificación profunda de la leche para cambiar tan radicalmente las condiciones de un ama; pero este cambio no lo encontramos de una manera segura, francamente explicativa, como correspondería, ni en la composición química, que nos hace ver que la manteca y la caseína pueden presentarse en las condiciones normales, ni en el examen microscópico, que no ofrece fór-

mula uniforme ni distinta de los demás momentos, ni en la presencia de corpúsculos de calostro, que sólo pueden existir en algunos casos, ni en la reacción oxidante, que no se ha encontrado en los momentos precisamente tóxicos, etc.

Las alteraciones que sufre la leche, en estos casos, son principalmente de orden biológico, cuyo análisis, para ser exacto, debería llevarnos á una investigación de la capacidad tóxica de la leche, donde quizás encontraríamos la explicación del fenómeno.

Debe observarse también que estos hechos se producen casi exclusivamente en el verano, en los meses de enero y febrero, siendo el calor, por consiguiente, la causa eficiente de las propiedades tóxicas que adquiere la leche en ciertas menstruaciones.

Terminaremos con la siguiente:

CONCLUSIÓN

En el estado actual de nuestros conocimientos, no es posible establecer ninguna relación, bajo el punto de vista general, entre el examen de la leche y las condiciones de adaptación del niño.

El niño sigue siendo el único reactivo de la bondad de la leche de mujer, la que se modifica en ciertas circunstancias hasta hacerse nociva, sin que su composición química y microscópica nos revelen, con seguridad, la interpretación del hecho.

Doctor Sisto.—El trabajo sintético y vigoroso del doctor Morquio fija en sus verdaderos términos la cuestión de la lactancia y sus trastornos.

Aún no podemos establecer de un modo claro la relación de los trastornos enunciados en el interesante trabajo; pero es indiscutible que los cambios íntimos producidos en las albúminas de la leche y que aún constituyen un misterio para nosotros en el estado actual de la ciencia y cuyo velo empiezan á levantar las investigaciones de Moro especialmente, deben tener influencia indiscutible, influencia que debe ser llevada por el sistema nervioso hacia la glándula mamaria. Sea ello lo que fuese, el trabajo del doctor Morquio establece hechos clínicos bien caracterizados y perfectamente estudiados, que fijan, como he dicho, la cuestión y servirá de guia firme á los que nos dedicamos á estos estudios.

Doctor Bachmann.—Estoy completamente de acuerdo con el doctor Morquio, al reconocer que el examen químico ó microscópico de

la leche no puede dar datos de importancia, respecto de su poder alimenticio; es efectivamente el niño el mejor reactivo. Los trabajos de Moro y de Morardi y otros, han demostrado que en ciertos casos la intolerancia por ciertas leches es debida á la existencia en el suero de la sangre de estos niños de precipitinas para la leche con la cual el niño es alimentado. Este hecho puede demostrarnos por qué la leche no es tolerada, pues existen en el organismo elementos que impiden que ella sea asimilada. Creo, pues, que de hoy en adelante las investigaciones deben dirigirse hacia las reacciones del suero de la sangre del niño para la leche que le sirve de alimento. Estos trabajos, pues, vienen en apoyo absoluto de las ideas sostenidas por el doctor Morquio.

Llanto sifilítico. Nuevo signo de sífilis hereditaria

POR EL

Dr. Genaro Sisto

Ex Jefe de clínica infantil de la Facultad de Medicina de Buenos Aires. Vocal del Cuerpo Médico Escolar de la Capital

---

I

Decíamos en una publicación hecha hace breve tiempo, [1] que un niño sano no debe llorar; siendo el llanto en un niño lactante la manifestación única y elocuente de su sufrimiento; hay, pues, que buscar su causa, para atenderla convenientemente. Agregábamos, y hoy lo repetimos, que muy frecuentemente—con mucha mayor frecuencia de lo que se supone—atribuímos á enteralgias, generalmente, la causa del llanto, y con esto—y creyendo que responden á una infracción en el régimen alimenticio cuando son alimentados á pecho ó

1. El llanto como síntoma de sífilis en la primera infancia, por los doctores Sisto y Gaing. «Semana Médica», núm. 4 de 1907.

á perturbaciones gastroentéricas originarias del dolor intestinal,- en un caso reglamos el régimen y en el otro variamos la alimentación tratando de adaptarla á su edad.



Figura 1

Decíamos, también, con los pediatras más distinguidos que han tocado este punto, que el llanto puede ser provocado por cólicos dispépticos (Filatow), por cuerpos extraños, por hambre ó por sed, por micción dolorosa, por abscesos ú otitis media ó externa, por neuralgias palúdicas, etc.

Desde hace varios años y después de una primera observación

estudiada en una de nuestras conferencias sobre llanto sifilítico [1], nos ocupamos de buscar la confirmación de nuestra observación de entonces, y creemos que las nuevas historias caracterizarán definitivamente este signo, debiendo ser incorporado á la pediatría como un elemento nuevo, digno de tenerse en cuenta en el diagnóstico á veces tan obscuro de la sífilis hereditaria.

II

Los niños que lloran ó que gritan con cierta pertinacia deben llamar nuestra atención, más aún, si estos niños son alimentados al seno y al parecer dentro de las condiciones generales de metodización en estos casos. El niño sano debe dormir, comer, realizar sus funciones digestivas sin molestias, sin dolores, sin sufrimientos, y si de alguien puede decirse que no debe sentir sus órganos, es precisamente del niño mamón, donde la vida vegetativa es la que predomina. Sin, embargo con relativa frecuencia encontramos algunos casos de llanto desesperante, desconsolador, por su duración, por su resistencia á todo tratamiento dietético, sin las causas originarias que acabamos de mencionar y que constituyen para la familia una verdadera desesperación y para el médico un abismo. Nosotros hemos encontrado esos casos y hemos sido consultados nada más que por el llanto, pues era el síntoma dominante y avasallador.

Otro dato que debe llamar nuestra atención es que esta forma de llanto aparece dentro de los cuatro primeros meses de la vida, dato sugestivo y de gran importancia.

Los antiguos, cuyas facultades de observación paciente y profunda son bien conocidas, se han ocupado también de esta cuestión del grito infantil [2] y Billard, por ejemplo, al ocuparse de su semeiótica, distingue dos fases: el grito propiamente dicho y la *reprise*.

Después de estudiar detalladamente lo que es el grito y la *reprise* dice: «que á menudo el grito existe aisladamente y la *reprise* no se hace oir, ó bien la *reprise* se oye y el grito es ahogado.» Concluye de estas observaciones: «que las alteraciones del grito, propiamente dicho, indican generalmente una afección de los bronquios y de los

1. Llanto sifilítico. Nuevo signo de sífilis hereditaria, por el doctor Genaro Sisto. «Archivos Latinoamericanos de Pediatría».

2. Traité des maladies des enfants, 1839.

pulmones, mientras que las enfermedades de la laringe y de la tráquea alteran más especialmente la *reprise.*»

Bouchut [1] y Baginsky [2] también se han ocupado del llanto ó grito infantil y este último dice: «que las vocales *a* ó *e* dominan en



Figura 2

el grito provocado por la cólera ó el descontento, mientras que la *i* expresa el dolor. El niño atacado de afección dolorosa del sistema respiratorio, tiene el grito breve, entrecortado. Á los cólicos intestinales y á las contracciones tónicas de los músculos corresponden gritos penetrantes, fuertes, prolongados».

Parrot, [3] en su trabajo «L'Athrepsie», se ocupa del grito infantil. El niño, en sus primeros meses de la vida, dice, no tiene otro lenguaje que el grito; es solamente por él que se expresa: tengo hambre; tengo frío; estoy con sed ó yo sufro, y hace su llamado de este modo

---

1. Traité pratique des maladies des nouveaux-nés, 1885.
2. Traité des maladies des enfants.
3. «L'Athrepsie». Parrot.

á su madre, á su nodriza ó á los que le rodean. Más tarde esto cambia; por una transformación que trae la edad, el grito se hace en los ani-



Figura 3. Radiografía de Adela G.

males una modalidad sexual. En el hombre es reemplazado por la palabra y el gesto, y no interviene como medio de expresión sino ex-

cepcionalmente: por ejemplo, en la sorpresa que causa la alegría ó el dolor. Es un resto de nuestra brutalidad nativa.»

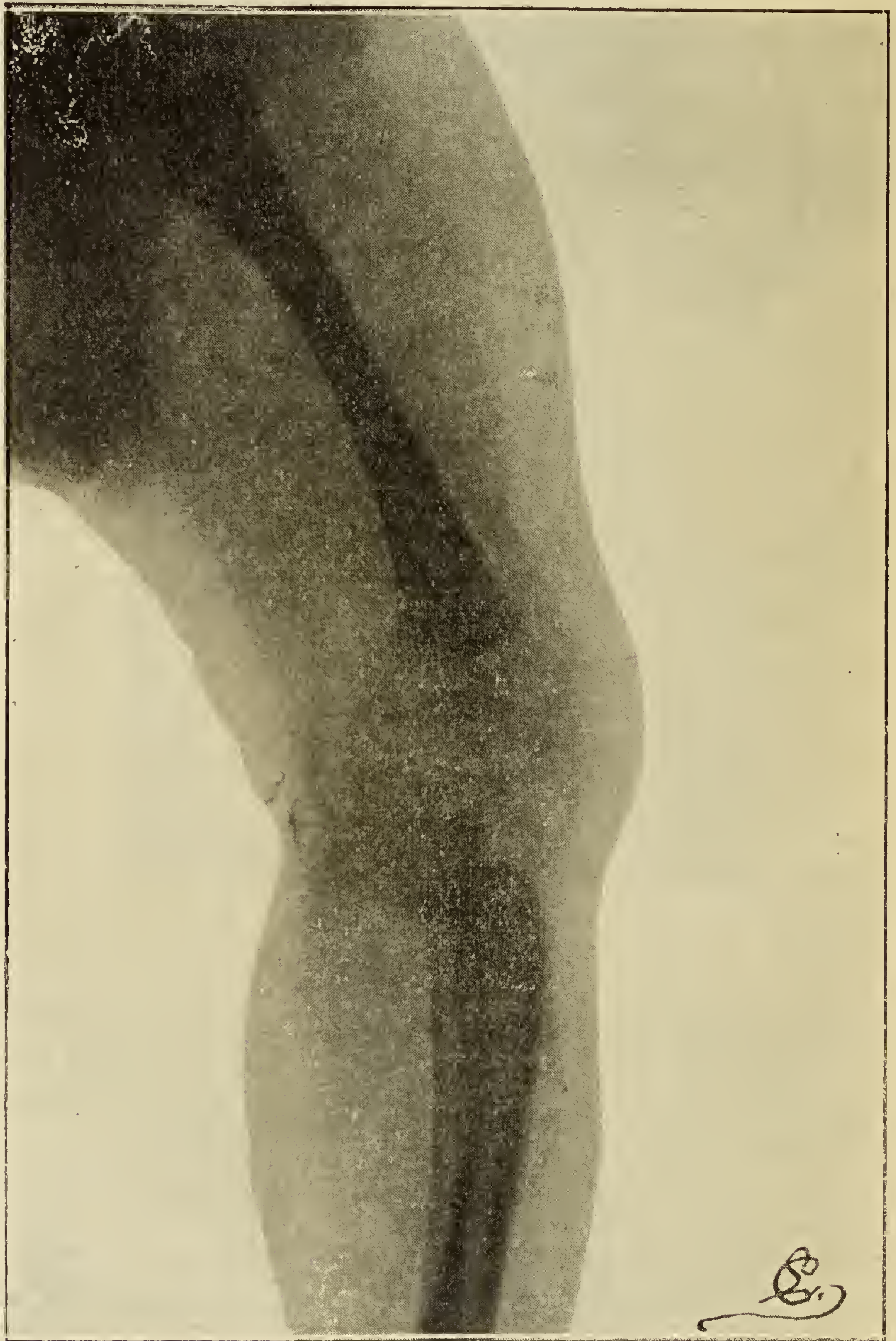


Figura 4. Radiografía de Adela G.

Por lo que respecta al grito del atrépsico, le da tal importancia Parrot, que, entre los signos de la atrepsia confirmada, es el más seguro, y aun si faltasen todos los demás, él bastaría para reconocerla.



Figura. 5. Radiografía de Adela G.

Le llama *le cri de detresse;* esto es, *el grito angustioso, grito quejumbroso.* Al principio llama la atención por su agudeza, violencia y tenacidad. «Este grito, después de cierto tiempo, cambia de tono y es de un mal pronóstico cuando pierde su intensidad y adquiere el carácter quejumbroso. Cuando llega la faz última, este grito se transforma completamente y su descripción es poco menos que imposible; es un quejido monótono, prolongado, es el más triste y desolado de los gritos humanos expresando el estado de desesperación en que se encuentra el ser que lo exhala, y se hace tan expresivo que una vez oído no se olvida jamás. Se ve bien que no se trata solamente de un dolor localizado en el estómago ó en los intestinos, sino de un sufrimiento intenso y profundo, expresión de la vida que se agota, de la nutrición que se concluye. Este grito no es constante en la atrepsia, pero una vez aparecido, el pronóstico es fatal, pues la vida está atacada en lo que tiene de más esencial».

Un hecho interesante de observar es la ausencia de lágrimas en los niños muy pequeños. Billard dice respecto de esto lo siguiente: «los niños muy pequeños no vierten jamás lágrimas mientras gritan, ó por lo menos no las producen sino raramente. La glándula lagrimal á esta edad está perfectamente desarrollada: recibe arterias y venas y ofrece en apariencia todas las condiciones anatómicas de las otras glándulas. Sin embargo, no produce lágrimas durante los gritos y la agitación que provoca el insomnio, el malestar y el dolor. Es un ejemplo notable de la influencia del sistema nervioso sobre las funciones de ciertos órganos del cuerpo humano.»

Un grito respecto del cual debemos estar siempre alertas, es el producido por el *hambre* ó su insuficiencia. En este caso la observación del niño por medio de la balanza antes y después de la alimentación nos dirá de una manera segura y matemática, si así puede decirse, el origen del mismo. No hay que olvidar, como dice Filatow, [1] el examen del seno de la nodriza cuando llora un niño y solamente buscar causas extrañas á la misma, cuando hayamos hecho todas las experiencias que comprueban su inculpabilidad: recuérdese que muchas nodrizas, dice el mismo Filatow, descontentas de su posición no les dan leche en cantidad suficiente. Sobre este mismo hecho hemos insistido nosotros, en una publicación hecha en colaboración con el doctor Ernesto Gaing [2] sobre este punto.

---

1 «Diagnostic et semiologie des malaties de l'enfance». Filatow.

2. Loc. cit.

Es inútil insistir también sobre el grito que acompaña la meningitis, cuyos caracteres de monotonía unas veces, y breve y fuerte otras, son bien conocidos.

El *llanto periódico* es también anotado por Filatow como signo de neuralgia palustre. Como decíamos con el doctor Gaing, en el trabajo mencionado, el reactivo es la quinina, debiendo tener muy en cuenta los antecedentes, sitio en que ha nacido ó vive el enfermito.



Figura 6

En resumen: el niño llora porque tiene dolor ó hambre; buscar la localización de ese dolor no es difícil, pero lo es, y grande, su etiología. En este sentido la descripción detallada de los casos que pasamos á relatar, tratando de caracterizar la nueva causa de grito en los niños, tiene su interés.

III

OBSERVACIONES

I

Antecedentes hereditarios del niño.—Madre de 29 años; un aborto á los dos meses y medio, y más tarde fué operada de un quiste del ovario en el Hospital Rivadavia. Sus antecedentes in-

dividuales son completamente favorables. Embarazo bien llevado sin vómitos ni enflaquecimiento. Ninguna enfermedad. Parto á los nueve meses. El padre, de 25 años, dice haber estado siempre sano. Pasado genital pobre; una gonorrea, nunca chancro. No se encuentran antecedentes sifilíticos *por más que se examine é investigue.*

Antecedentes del niño.—Extracción con fórceps habiendo soportado durante 48 horas los dolores. Nació asfixiado con un peso inicial de 4,250 grs., y un pequeño ganglio retromaxilar que desapareció al poco tiempo. Caída del ombligo á los ocho días, alimentación materna hasta los dos meses, y habiéndosele retirado la leche, una mujer le dió pecho durante quince días; después alimento artificial con leche de vaca.

A los 40 días, sin razón alguna, empezó á llorar de una manera insoportable día y noche, y apenas conseguía intervalos ligeros de sueño. Los dolores eran nocturnos, especialmente, y la madre notaba que *lloraba más cuanto más lo movía*, atribuyendo el llanto á enteralgias producidas por la defectuosa alimentación. Después de reemplazar la leche de vaca por la de burra, sustituirla por la de mujer, de ésta volver á la de vaca, etc , y darle un sinnúmero de medicaciones, el niño disminuía de peso lentamente y sobre todo *lloraba día y noche.* Así se siguió hasta los tres meses sin que un solo día cesara de llorar fuerte, á todas horas, *especialmente de noche*, con grito penetrante, con escasos intervalos de tranquilidad y de sueño; más intenso el llanto cuanto más se le movía, fuese en la cama ó en los brazos, y es en estas circunstancias y *siempre por el llanto* que me llaman para verlo Me encuentro en presencia de un niño bien constituído, un tanto enflaquecido, pero que no me llamaba la atención bajo este punto de vista (véase el peso) llorando á grito fuerte y penetrante. El examen de la piel, hecho en toda su extensión, nada me indicaba. Ninguna dermitis, ni escoriación, ninguna cicatriz, ningún elemento dermatológico apreciable. Las mucosas bucal, anal y genital un tanto pálidas. El examen del aparato gastrointestinal me revelaba una mucosa bucal y gingival; paladar, amígdala y faringe normales. El niño deglutía bien la leche y el agua, no había dilatación gástrica apreciable y la palpación del abdomen hecha en todos sentidos no despertaba dolor.

No había vómitos en ningún momento y los movimientos intestinales en número de uno á dos diarios, parecían tener todo el aspecto físico de consistencia, color, cantidad y olor normales. Orinaba bien y varias veces en el día, y el examen de esta secreción recogida por la sonda no revelaba nada anormal.

El hígado no revelaba á la percusión ni á la palpación mayor tamaño y el bazo no se palpaba.

Las articulaciones funcionaban regularmente y el movimiento y la presión ejercida sobre ellas tampoco indicaban nada. Parecía que la presión epifisiaria despertaba dolor, pues el niño se agitaba un poco más y lloraba más intensamente.

El cráneo tenía una conformación regular. Nada de dolicocefalía, ni de craneotabes (fig. núm. 1).

Los huesos frontales y parietales no tenían ningún abombamiento; la circulación extravenosa no existía y la cabeza se podía mover en todos sentidos sin ninguna dificultad. Fontanelas normales. La nariz no presentaba nada de particular en su forma, y en la mucosa pituitaria accesible á la inspección, nada se veía. La respiración se hacía bien por las dos narinas. Los labios succionaban bien y con fuerza; esta sensación era bien marcada poniendo el dedo entre los labios. No había pliegues en los labios.

El paladar abovedado, sin deformación. Amígdalas medianas y no sobresalían de los velos palatinos. En ninguna parte de la boca y faringe se notaba la más ligera inflamación ni exulceraciones. No había temperatura.

Este niño fué sometido al tratamiento específico con un resultado inmediato. El peso au-

mentó paulatinamente, el llanto desapareció, el sueño se fué normalizando y los movimientos de la cuna ó en los brazos no le incomodaron más. 1

II

Adela G...,

Antecedentes hereditarios.—Padre es y ha sido siempre sano. Madre de 28 años, cuatro partos prematuros de unos siete meses, dos abortos de cuarenta días y dos nacidos á término, de los cuales el último es la enfermita que nos trae para su examen. El orden en que se han producido los partos prematuros, los abortos, etc., es el siguiente:

1.° y 2.° Partos prematuros (de 7 meses más ó menos).

3.° Aborto (40 días).

4.° y 5.° Partos prematuros (7 meses).

6.° Aborto (40 días).

Es durante el embarazo del 7.°, que alarmada por el resultado de los anteriores se resuelve consultar á un facultativo, el cual la somete al tratamiento mercurial (con jarabe Gibert, la enferma traía las recetas). Este tratamiento que la enferma comenzó á los 3 ó 4 meses de su embarazo, dió el mejor resultado, pues consiguió que naciera á término una niña sana y robusta cuyo estado de salud continúa hasta el presente.

Suspendió por completo el tratamiento mercurial después de este parto.

El último embarazo sin novedad alguna; parto á los nueve meses, normal, una niña aparentemente sana fué su resultado, alimentación materna un tanto irregular. Veintiún día después empezó á llorar de una manera continuada é insoportable día y noche; no había vómitos, pero sí evacuaciones un tanto frecuentes, verdosas y de mal olor. Por la noche, hace notar la madre que el llanto se exacerbaba y ningún medio encontraba para hacerla callar. Inútil era cunearla, tenerla en brazos, etc., etc.; por el contrario, estos movimientos resultaban contraproducentes, pues la niña más lloraba y la madre no tardó en llamar á un médico, el que atribuyendo probablemente el llanto á dolores enterálgicos por defectuosa alimentación, la sometió á un régimen alimenticio, le ordenó baños templados y una bebida calmante. Todo fué inútil, pues el llanto continuó en la misma forma. Es entonces que trae la niña al consultorio.

Preguntada la madre por qué la traía, lo primero que nos dijo fué que la traía porque la niña lloraba día y noche; efectivamente, en ese momento lo hacía de una manera insoportable.

Niñita bien constituída, su cara denotaba muchos sufrimientos, teniendo el cuerpecito encogido. En cuanto pretendimos estirarla para su examen, pues sus miembros superiores é inferiores estaban contraídos, el llanto se exaltó; la dejamos un buen rato sin tocarla y el llanto calmó un tanto y en cuanto pretendimos tocar algunas epífisis y especialmente las de la rodilla derecha, el llanto reapareció con agudeza.

Completando el examen externo, había palidez pronunciada, coriza, circulación venosa extracraneana bien manifiesta, una gruesa vena ingurgitada surcaba la región occipital en toda su altura y fontanelas entreabiertas permitían constatar gran tensión del líquido céfalo-rraquídeo. Se palpaba el bazo bastante aumentado de volumen. No había temperatura ni signos de raquitismo y su piel completamente sana. Las evacuaciones, en número de 5 ó 6 por día, verdosas y de mal olor.

---

1. Este caso fué estudiado detalladamente en nuestra conferencia titulada «Llanto sifilítico: nuevo signo de sífilis hereditaria», por el doctor Genaro Sisto, «Archivos Latinoamericanos de Pediatría», número 3. Marzo 1906.

Nosotros pudimos instituir desde un principio un régimen á la alimentación por si dicho llanto fuere causado por crisis dolorosas dispépticas por alimentación irregular, pero dado lo infructuoso que habría sido anteriormente y dado los caracteres tan particulares del llanto, agregado además con los otros síntomas que nos presentaba y la polimortalidad tan pronunciada en la madre, etc., etc., y aún más con el dato tan sugestivo de que la madre había logrado tener un niño sano y bueno después de un tratamiento mercurial y de que nuestra enfermita había nacido después que la madre había abandonado por completo ese tratamiento después de 7 embarazos, nos llevó sin titubear ni un solo momento, á someterlo directamente y sin pérdida de tiempo al tratamiento mercurial, con fricciones diarias de un gramo de ungüento hidrargírico. El resultado fué maravilloso, pues desde la 2.ª fricción, la niña había descansado toda la noche y gran parte del día perfectamente, volviendo la calma á ese hogar que tanto la necesitaba. Y no sólo el llanto, aún las deposiciones se hicieron menos numerosas y más normales en su aspecto.

La niña ha ido mejorando progresivamente con las fricciones como lo demostraban elocuentemente la desaparición del síntoma llanto, de los dolores epifisiarios, las contracturas y el aumento paulatino de su peso tan estacionario hasta entonces.

24 de julio.—Cuando la trajo al consultorio pesaba:

				Gramos
Julio	24	de	1906	4,820
Agosto	1.º	»	»	4,480
»	4	»	»	4,880
»	6	»	»	4,900
»	13	»	»	5,000
»	16	»	»	5,100
»	20	»	»	5,180
»	25	»	»	5,300
»	28	»	»	5,440
Septiembre	3	»	»	5,600
»	5	»	»	5,660
»	12	»	»	5,780

Examen hematológico, julio 25 de 1906

	25 julio 1906	30 agosto 1906
Glóbulos rojos	2.670,000	4.870,000
» blancos	18,200	16,000

	Por ciento	Por ciento
Hemoglobina	61	95
Relación globular	1×325	1×304
Polinucleares	36	40
Linfocitos chicos	30	33
» grandes	12	20
Mononucleares	5	6
Eosinófilos	2	1

III

G. R., niño de 2 1 2 meses.

Lo traen al Servicio por *su llanto continuo* que no cede á nada. Por consejos de un médico se hizo tratamiento contra meteorismo sin resultado.

Se le regularizó la alimentación, que era exclusivamente materna y abundante, se le revisaron los vestidos; se le dieron los mayores cuidados higiénicos con resultado igualmente nulo. El llanto era pertinaz, siendo interrumpido únicamente por el sueño, reapareciendo inmediatamente después de despertarse. Desesperada la madre lo trae al Servicio.

26 de septiembre de 1904.—Niño bien desarrollado, pesa 4 kilos 630 gramos. Alimentación exclusivamente materna. Palidez marcada. Hay un poco de coriza presentando á veces cornaje. Presenta una coloración salmón en las palmas de las manos y planta de los pies. Del lado derecho del cráneo se nota un considerable desarrollo venoso; oídos normales. El bazo es grande, palpable, sobrepasando más de dos traveses de dedo el reborde costal. No hay sarcocele. Demás órganos y funciones, en buen estado.

El niño nació bien, á término, presentando una erupción penfigoidea en las palmas de las manos y axilas. (Fig. número 2).

Antecedentes hereditarios.—El padre contrajo sífilis el año próximo pasado infectando á su mujer.

Diagnóstico.—Llanto de origen sifilítico. Sífilis hereditaria precoz.

Tratamiento.—Fricciones mercuriales. Los padres son también sometidos á tratamiento específico.

2 de octubre.—En cinco días de tratamiento el resultado ha sido sorprendente. Después de la segunda fricción ya notó la madre una mejoría notable.

El niño llora aún algo, pero de día está completamente calmado.

7 de octubre.—*El llanto ha desaparecido por completo.* Peso igual á 4 kilos 520 gramos. Bazo disminuído. El niño ha tenido algunos vómitos. La madre toma jarabe de Vidal. 1

22 de octubre.—La desaparición del llanto es definitiva. Pesa 4 kilos 460 gramos. Ha seguido teniendo vómitos que se atribuyen al yoduro de potasio que pudiere ingerir con la leche de la madre, pues ésta toma jarabe de Vidal. Esta sospecha se vió confirmada, pues en el análisis de la leche, hecho por el doctor Landolph, se encontró IK. En vista de esto se le suspende el tratamiento á la madre.

29 de octubre.—Desde el 24 no ha vomitado más. Pesa 4 kilos 460 gramos.

3 de noviembre.—Sigue sin llanto y sin vómitos. Peso = 4,440.

15 de diciembre.—El niño ha seguido muy bien. El llanto ha desaparecido, pero la palidez persiste. Peso = 5 kilos 100 gramos. Se le suspenden las fricciones y se le da Hemaboloides.

7 de enero de 1905.—Se encuentra en un estado floreciente, no llora nunca. Peso, 5 kilos 500 gramos.

---

1. Jarabe de Gibert modificado en sus proporciones.
He aquí la fórmula del jarabe de Vidal:

Biyoduro de mercurio.	15 centigramos
Yoduro de potasio	15 gramos
Jarabe de quina.	500 »

Cada cucharada de sopa contiene 0 g. 005 de biyoduro y 0 g. 50 de yoduro. En el jarabe Gibert, en cambio, cada cucharada de sopa contiene 0 gr. 008 de biyoduro y 0 gr. 40 de yoduro.

IV

Oscar Pit...., tres meses de edad.

Antecedentes hereditarios.—El padre padece de frecuentes dolores de cabeza desde hace mucho tiempo—más intensos por la noche:—tiene, además, tos y esgarra en abundancia, en ocasiones con sangre. La madre fué sana en su infancia. Durante su matrimonio ha tenido 3 abortos seguidos. El primero de siete meses, el segundo de 3 y el tercero de 5 meses; los partos posteriores, en número de 3, han sido sin novedad.



Figura 7

Antecedentes personales.—Nació á término sin novedad. Alimentación materna hasta los dos meses, sin regularidad alguna; desde entonces alimentación mixta. Á los dos ó tres días de nacer, su cuerpo se cubrió de unas pequeñas manchitas coloradas en unos puntos y de pequeñas pápulas en otros. Estas se presentaban aun en las regiones palmar y plantar. Poco tiempo después de ello todo esto desapareció sin dejar rastros; pero en cambio aparecieron otros síntomas: vómitos, diarrea tres y más veces diarias y un llanto sumamente molesto que ha ido *in crescendo* hasta el día de hoy.

Estado actual.—Peso 4 kilos, y 190 gramos. Niño atrófico; facies de un viejecito, demacrado, piel seca, poco elástica, vientre un poco abultado.

Ambos pulmones muestran á la percusión un poco de submatitez de los vértices y en esos puntos se auscultan rales finos; el bazo es palpable, pues sobrepasa el reborde costal.

Pero el síntoma que mayormente llama la atención es el *llanto* y es por él, más que por otra cosa, que la madre nos viene á consultar; es un llanto con caracteres particulares, dice la madre.

Es un llanto sumamente molesto—que aumenta por la noche, siendo el sueño imposible. No hay medio posible para calmar el llanto; le da el pecho, como si tal cosa; lo cunea, lo levanta, lo mueve, y nada; al contrario, dice la madre, parece que moviéndolo el llanto se exaspera más aún. Así, al llegar la madrugada, el niño se calma un poco y consigo dormirlo; unas dos horas durante el día llora pero á largos intervalos y poco.

Los vómitos y la diarrea fétida continuaban trayendo consigo el enflaquecimiento paulatino del niño. Hace próximamente 15 días apareció tos aunque poca.

Se han efectuado 20 fricciones, el llanto ha disminuído un tanto—descansa mejor en la noche;—efectúa una deposición diaria color oro y consistencia normal. Se suspenden las fricciones.

El niño hace tres noches que descansa; el bazo está grande. Se le ordena nuevamente fricciones.

El niño duerme mejor y su estado general es bueno.

El niño sigue muy bien, no llora, por la noche descansa—hay un poco de tos;—bazo impalpable. Concluídos los 20 papeles se ordena descanso.

Las fricciones se iniciaron el 15 de septiembre y duraron 20 días.

He aquí las distintas pesadas efectuadas:

			Gramos
1905	Septiembre	28	4,000
»	Octubre	4	4,100
»	»	9	4,200
»	»	14	4,250
»	»	21	4,450
»	Noviembre	3	4,500
»	»	10	4,600
»	»	22	4,750
»	Diciembre	4	5,020
»	»	20	5,200
1906	Enero	19	5,800
»	Febrero	9	6,000
»	Marzo	20	6,500

V

HISTORIA ENVIADA POR EL DOCTOR SALVADOR MARINO

Héctor Bonne...., dos y medio meses de edad, domiciliado Chiclana 2856.

Antecedentes hereditarios.—Padre es alcoholista y fumador, sufre actualmente de gastritis. Madre sana: anteriormente ha amamantado 3 niños expósitos sospechosos de sifilíticos.

Enfermedad actual.—El niño nació sano, de buen peso, pero al poco tiempo le sobrevino una coriza que conserva aún y á los 20 ó 25 días de edad el niño, que había empezado á enflaquecer, á pesar de mamar á cada rato, según dice la madre, se vuelve tan llorón de día y más aún de noche, siendo en vano todos los expedientes de la madre en pasearlo, cunearlo, ponerlo al seno, bañarlo en agua templada; sólo á veces descansaba un rato si no se le movía y no se le tocaba, atribuyendo la madre, que á la sazón se había adelgazado muchísimo y empalidecido en un estado que no la reconocimos, á falta de leche de su seno, por su estado, ensayó la lactancia artificial sin resultado; es por ese motivo que viene á vernos.

Estado actual.—Niño de buen esqueleto, peso 2 kilos, piel seca, amarillenta, fláeida, habiendo desaparecido todo el panículo adiposo; tiene facie senil; no hay forúnculos en los oídos; el aparato digestivo no da más que un poco de constipación; el abdomen no está ni timpánico ni doloroso; el aparato respiratorio no da más que su coriza; al tocarlo para el examen el niño llora á gritos, cosa que ha hecho desde su llegada á la sala de espera; sus deposiciones corresponden á su alimentación.

Por su facie, su coriza, ese llanto persistente lo comparamos á otro caso en que los antecedentes específicos eran claros y que una fiebre que oscilaba de 38 á 39° sin causa, acompañaba el llanto continuado, rebelde á todo tratamiento, había cedido á unas 6 fricciones, nos indujo desde el primer momento á recetarle fricciones diarias de un gramo; á las primeras 4 empieza el niño á descansar algo y á las 10 ya no llora; habiendo mejorado su aspecto notablemente resolvemos entonces dar fricciones á la madre y suspenderlas al niño; á los 30 días ambos no se les reconoce por su mejor estado y ya la madre da exclusivamente el seno al niño.

VI

HISTORIA REMITIDA POR EL DOCTOR CARVAJAL

Un cliente mío, dice el doctor Carvajal, fué sifilítico hace doce años: trató su sífilis convenientemente y contrajo matrimonio hace un año.

El niño que tuvo empezó á llorar desesperadamente á los pocos días de haber nacido. Un pariente del padre, médico, fué llamado, atendiéndolo sin lograr calmar su llanto ni mejorar su estado general, que además de haber sido muy bueno al iniciarse en la vida, ahora disminuía evidentemente. El enflaquecimiento iba siendo cada vez mayor y á pesar de haber ensayado todo cambio de regímenes, suprimiendo la leche materna por la de ama, y de ésta volver á la materna, el niño seguía llorando, especialmente durante la noche.

Llamado el doctor Carvajal, que conocía los antecedentes paternos, examina á fondo su enfermito sin encontrar el más leve rastro de sífilis hereditaria.

Sin embargo, el llanto en las condiciones estudiadas por el doctor Sisto lo inclinaron á indicar el tratamiento específico con un resultado inmediato. El llanto desaparece á la quinta fricción y el peso del niño empieza á aumentar progresivamente hasta convertirse al mes en un niño hermoso como aspecto y de peso regular de acuerdo con la edad en ese momento.

No puede precisar curva de peso, pero en cambio sostiene que en este caso el llanto ha sido el que ha guiado su indicación, reforzado con el antecedente de la sífilis paterna que conocía, como se ha mencionado.

VII

Juan J. Gag...., 48 días de edad.

Antecedentes hereditarios.—El padre dice haber padecido hace algún tiempo de una pequeña úlcera en el glande, la cual fué curada en el hospital San Roque; ésta no fué seguida de manifestación cutánea ni mucosa alguna. La madre es y ha sido siempre sana.

Antecedentes individuales.—Nació á término, parto normal, niño completamente sano; alimentación materna un poco irregular porque le daba á cada momento. Dos días después de nacido comenzó el niño á llorar continuamente día y noche, y nada podía aliviar este llanto; se le cuneaba, se le paseaba y el llanto se exacerbaba. Continúa en esta forma hasta el 19 del mes de julio, en que le instituímos tratamiento específico.

Antes de esta fecha fué tratado por otros médicos, los cuales lo sometieron á un régimen más regular en la alimentación y le proporcionaron calmantes, sin resultado. Es entonces



Figura 8. Radiografía de J. J. G...

que la madre lo trae, manifestando que la vida con ese niño llorón le es extraordinariamente incómoda y hasta insoportable.

Enfermedad actual.—Niño bien constituído, tiene mucosas pálidas, sistema venoso extraraneano desarrollado, bazo grande. Sucsa perfectamente, y pesado antes y después de tomar el seno, se ve que ha mamado 95 gramos.

No hay vómitos ni regurgitaciones.

Labios pálidos, lo mismo que el paladar, que está bien conformado. Amígdalas normales. Percusión estomacal normal; no hay dolores abdominales, ni espontáneos ni á la presión. Vemos un pañal que indica leche bien digerida. No hay mucosidades ni ningún elemento anormal, macroscópicamente considerado. Bazo, como hemos dicho, un poco grande, bien palpable y el hígado pasa el reborde costal.

El sistema genital normal; no hay signo de Hutinel; alrededor del ano no existe nada de particular. Piel totalmente sana.

Análisis del laboratorio central del Hospital de Clínicas

	Julio 27 de 1906	Agosto 20 de 1906
Hemoglobina	62 %	78 %
Glóbulos rojos	2.540.000	3.600.000
» blancos	17.600	13.400
Relación globular	1×144	1×265
Polinucleares	50 %	63 %
Linfocitos chicos	38 »	27 »
» grandes	4 »	6 »
Mononucleares.	3 »	2 »
Eosinófilos	5 »	2 »

PESADAS

	Gramos
1906—19 de julio	4.000
» —26 » »	4.200
» —26 » agosto 1.	5,000
» —26 » septiembre	5,600

VIII

Santiago R., dos meses.

Es traído al hospital porque *llora casi constantemente*, en especial de noche, desde hace dos semanas aproximadamente. Duerme muy poco.

El niño nació á término, sano y es alimentado exclusivamente al pecho de la madre Su estado de desarrollo y de nutrición es satisfactorio. Fuera de su ligera palidez no tiene ningún síntoma patológico. En su aspecto nada denota la existencia de la sífilis (v figura núm. 3).

Sus funciones y en particular las digestivas se encuentran en buen estado; no hay otitis, ni meteorismo, ó constipación, ni esplenomegalia, coriza, sarcocele, ni nada en las extremidades, ni en la piel.

---

1 Durante este mes ya no ha llorado, ha regularizado su sueño y sus funciones generales han sido satisfechas cumplidamente. Se le han dado hasta ahora 37 fricciones.

De los antecedentes hereditarios, lo digno de referir es lo siguiente: La madre ha tenido 5 partos prematuros en esta forma: el 1.º de 6 meses, el 2.º de 5 meses, el 3.º y 4.º de 6 meses, el 5.º de 7 meses, y ninguno de ellos vive.

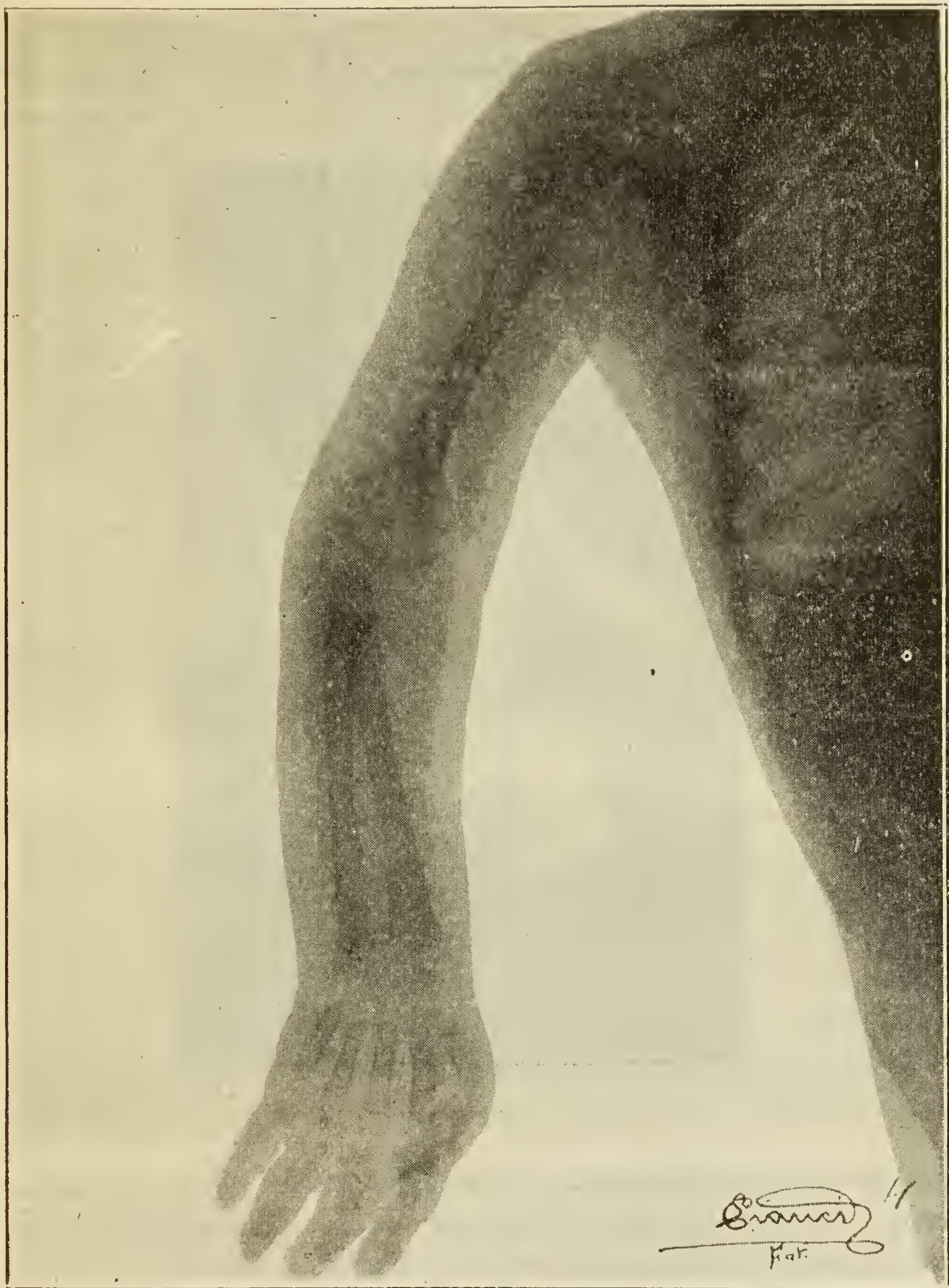


Figura 9. Radiografía de J. J. Gag. . .

Este niño fué primeramente sometido á un tratamiento dietético é higiénico pero con resultado completamente negativo, y el 20 de septiembre es sometido á fricciones mercuriales.

29 de septiembre.—El resultado del tratamiento ha sido notable. *El llanto que era continuo y le quitaba el sueño se ha ido calmando á partir de la primera fricción* y actualmente el niño no llora sino por breves momentos de noche.

Peso, 4 kilos 880 gramos.

21 de octubre.—El llanto ha desaparecido totalmente. Se alimenta y duerme bien. Peso, 5 kilos 080 gramos.

IV

El estudio de cada caso en particular se deriva de su propia historia. Hemos tratado ante todo de eliminar las causas generales que hemos enunciado al principio como generadoras de llanto para después hacer el tratamiento específico. Es de observar que el llanto ha existido en casos de sífilis claramente establecida, que no deja lugar á duda, mientras que en otros ha sido difícil establecer su procedencia. El hecho real es que las madres han venido á consultarnos siempre por el llanto y es él quien las ha decidido á traernos su niño: si éste no hubiera existido, probablemente no nos hubiera sido dado examinar á algunos de estos enfermitos.

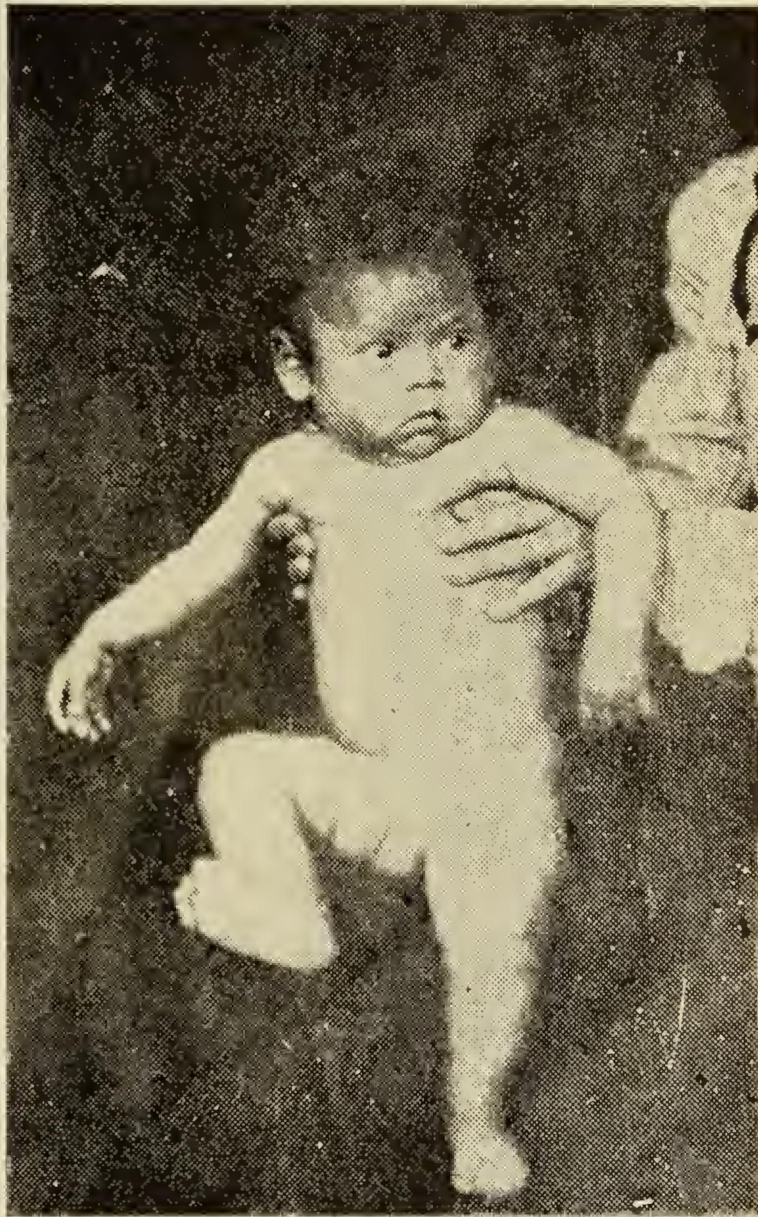


Figura 10

¿Cuáles son los caracteres de este llanto? Desde luego llama la atención su constancia: no es un llanto brusco, ni intermitente como en el caso de que haya dolor agudo y momentáneo; no es el llanto fuerte y penetrante de aquel á quien se le pincha ó se le hiere con un cuerpo extraño, ni es el dolor agudo del cólico, ni el de la otitis, fácil este último de exaltar en la simple tracción del tragus ó antitragus, ni el de dispnea, etc., es un llanto permanente casi que tiene de característico é interesante no calmarse ni con la alimentación ni con el movimiento. Por el contrario, esto último lo exalta, lo exagera, lo aumenta, y es de notar que en el caso número 1, la madre insiste sobre este particular.

En todos los casos que hemos observado en tres años, los niños *siempre tenían tres á cuatro meses de edad.* Es muy conocida en la sífilis hereditaria la evolución sintomática vigorosa dentro de esta primera edad, y aunque no es rara la manifestación tardía en la sífilis infantil, sin embargo constituye la excepción. Es, pues, importante saber que este síntoma aparece en edad temprana y precisamente dentro de la época común de las manifestaciones sifilíticas hereditarias.

El grito, generalmente, *es más nocturno que diurno.* Aunque la observación materna es ésta, sin embargo, no le atribuyo la misma importancia á este dato que á los anteriores. *Es á veces más nocturno que diurno*, pero *no siempre.* He visto niños que lloraban tanto de noche como de día, y aunque se me ha dicho por la madre que no era así, es razonable pensar que el llanto en estas condiciones molesta más en la noche que en el día por razones fáciles de comprender. Imagínese la desesperación de la familia del caso número 1, en que la madre ha pasado 50 noches sin conciliar el sueño, sin dejar de oir llorar á su niño sino breves horas. Recuerdo, al pasar, con este motivo los dolores osteóscopos nocturnos, especialmente de la sífilis adquirida. Se ve entonces la probable relación de causa á efecto entre uno y otro.

Es de observar también que en ninguno de nuestros casos existía impotencia en ninguno de los miembros.

Se despierta dolor al hacer presión sobre las epífisis, en el punto correspondiente al cartílago de conjugación, pero no es fácil establecerlo; obsérvese el caso número 2, en que mantenía en flexión las piernas, tal como se ve en su retrato, y nótese que al pretender estirárselas ó al hacerle presión sobre el bulbo de la tibia, lloraba más fuerte aún, lo que quería decir que la presión exageraba su dolor.

Este caso es de los más instructivos y convincentes. Obsérvese la polimortalidad primera inmediata á su matrimonio: llevada á un médico, le instituye tratamiento específico, indicado, con mucha razón, por la polimortalidad, y obtiene un niño viable. Abandona el tratamiento y da á luz un niño con llanto específico, que es el que motiva la historia por demás interesante, en donde tenemos un padre que no recuerda antecedentes sifilíticos ó los niega; una madre que da abortos cuyo número y edad se han historiado, y dos niños vivos, uno después de un tratamiento insuficiente, y otro que nace para presentarnos el llanto como signo clínico de su sífilis hereditaria.

Por otra parte, hemos hecho la contraprueba, puede decirse así, en otros casos: el número. En éste, después de calmado el llanto como consecuencia del tratamiento, lo hemos suspendido viendo reaparecer al poco tiempo el llanto en las condiciones generales mencionadas. Hemos recomenzado el tratamiento y el llanto ha desaparecido por completo.

Siempre que hemos tenido duda que alguna causa especialmente de orden dietético ó intestinal pudiera intervenir como causa de llanto, hemos aconsejado á la madre para que regularice la alimentación ó hemos tratado el trastorno intestinal. Recién más tarde, cuando estábamos seguros de que esto no influía en su llanto, hemos hecho el tratamiento específico. Hemos observado también el peso de los niños y, como se puede observar, si éste se estacionaba ó disminuía.

El tratamiento específico ha hecho que no solamente desapareciera el llanto, sino que la alimentación fuera mejor absorbida, lo que se ha traducido en los varios casos que se presentan, por un aumento de peso hebdomadario. Se exceptúa el caso de G. R. que recién eleva su curva de peso á los 33 días de tratamiento.

Sin embargo, éste era un caso típico de sífilis hereditaria. La historia con los antecedentes paternos, las lesiones dermatológicas que allí se enumeran, la esplenomegalia marcada, etc., impone el diagnóstico; el padre ha sido tratado por mí. durante largo tiempo, en sus accidentes secundarios, lo mismo que la madre, que fué infectada por el padre. En este caso, sin embargo, existía el llanto—haciendo cortejo á los demás síntomas—y fué por él que la madre se decidió á vernos, puesto que no se calmaba con ninguna de las medicinas corrientes aconsejadas.

Deseo llamar la atención sobre este caso, pues si bien es interesante el síntoma llanto cuando aparece sólo, aislado y como un monomio de la sífilis, se ve también que acompaña los otros síntomas que no dejan la menor duda sobre la causa que los produce.

Es por esto que haciendo caso omiso aquí de los trastornos intestinales concomitantes, instituímos el tratamiento específico inmediatamente. El llanto desaparece á los cinco días, pero no así la enteritis, que no era de origen específico. Es así que ésta continúa y el aumento de peso no se produce hasta que desaparece, lo que se consigue en noviembre 3

Inmediatamente después, la curva de peso se regulariza y da un salto de 670 gramos para después seguir aumentando con toda regularidad.

La historia—levantada por nuestro amigo y colega doctor J. Busco—del niño Oscar P., es también muy interesante, y aunque más tardía la acción específica del mercurio, no ha dejado por eso de ser evidente. El niño fué traído al consultorio externo por el llanto especialmente, y sus caracteres están bien explicados por la madre en la historia número 4. Como en los otros casos, la curva de peso indica el progreso paulatino pero firme que hace el enfermito hasta normalizarse definitivamente.

La historia del niño Bonn...., galantemente cedida por nuestro distinguido colega y amigo el doctor Salvador Marino, es también ilustrativa. Basta leerla para establecer netamente la existencia del llanto sifilítico, no solamente por lo que el niño presenta como sintomatología específica, sino por los antecedentes que de ella se desprenden y que establecen claramente el origen de la sífilis hereditaria cuya manifestación clínica saliente era el llanto. En éste como en los demás casos enunciados, el tratamiento confirmó el diagnóstico.

La historia breve de nuestro colega y amigo el doctor Carvajal es también de las más interesantes é instructivas.

Su lectura impresiona, porque el niño enflaquece y llora sin que su tío, médico, logre calmarlo absolutamente. Llevado al doctor Carvajal, recuerda éste que al padre del niño lo ha tratado por sífilis hacía doce años, y aunque busca en el niño estigmas hereditarios no los encuentra y lo somete al tratamiento específico con resultado extraordinario. El niño *dejó de llorar inmediatamente*, empezó á engordar poco á poco y el niño fué salvado. Lo que predomina en este niño es el llanto persistente desde su nacimiento y el enflaquecimiento extraordinario.

Otro caso curioso es el que vimos conjuntamente con el doctor Arrighi y cuya historia va detallada: además se ha hecho examen hematológico y radioscópico de este niño.

Sin razones suficientes para establecer el diagnóstico de llanto

específico, el doctor Arrighi y otros colegas antes, someten al niño á múltiples tratamientos sin resultado alguno. Llamado en consulta para ver este niño, investigamos el pasado paterno y yéndonos al archivo del hospital San Roque encontramos que una úlcera genital tenida hace años y sobre la cual el padre ni siquiera llamaba la atención, había sido sospechada de sifilítico y sin que hubiera sufrido tratamiento alguno. El niño que engendró más tarde reveló la especificidad paterna produciendo el llanto que durante días y días constituyó la pesadilla de este reciente hogar. El tratamiento bien instituído dió razón del llanto en breve tiempo, disminuyó la anemia, como lo revelan los exámenes hematológicos adjuntos, el peso fué aumentando progresivamente y el desarrollo general del niño ha sido excelente.

La historia de Santiago R., levantada por el doctor Ernesto Gaing, es, como se puede observar, muy interesante. El niño no presenta ningún síntoma de sífilis hereditaria, excepción hecha del llanto, pero en cambio la madre da una polimortalidad sugestiva que por sí sola impondría el tratamiento y afirmaría la existencia de la especificidad. Por otra parte, el resultado sorprendente del tratamiento así lo establece. Aquí como en los otros casos la nutrición se hace mejor, el estado general florece y la curva de peso se eleva semanalmente.

V

Hemos tratado de explicar los fenómenos observados interpretando la anatomía patológica de la sífilis ósea que ha sido también estudiada por Parrot en su libro clásico, á pesar de su error fundamental de decir que los raquíticos eran todos de origen específico.

Nosotros, como se ve, en nuestras historias no nos ha sido dado estudiar bajo el punto de vista histológico las lesiones óseas que deben existir.

Desde luego las lesiones específicas óseas en los niños tienen su predilección por el cartílago de conjugación.

La pseudoparálisis de Parrot, el desprendimiento epifisiario, la impotencia consecutiva, no son sino manifestaciones avanzadas de epifisitis unas y de mayor intensidad del proceso en otras. El dolor despertado de un modo evidente á la presión, la tumefacción que se observa en algunos que presentan estas lesiones, el encogimiento de ambas piernas que presentan algunos enfermitos, flexión que al

pretender hacerla desaparecer despierta dolor y exacerba el llanto, el hecho de que al cunear, mover ó agitar en brazos al niño exagera el llanto, todo indica de una manera evidente que existen lesiones que sin ser muy avanzadas, son sin embargo suficientes para producir el síntoma que hemos estudiado.

Cornil [1] al estudiar las lesiones histológicas óseas en la sífilis hereditaria, dice que ellas son simétricas, que tienen su asiento generalmente en el cráneo y que entre los huesos largos tienen predilección por la tibia y especialmente por el húmero. Esta última circunstancia explica la frecuencia de las impotencias y desprendimientos epifisiarios y pseudoparálisis de los miembros superiores.

Como estas lesiones histológicas son extraordinariamente análogas al proceso óseo del raquitismo, es por esto que Parrot las ha confundido, creyendo idéntica la etiología de ambas afecciones.

Por otra parte, como hemos dicho, la sífilis ósea congénita se manifiesta esencialmente al nivel de las partes del hueso que son el sitio del trabajo del crecimiento, y desde los trabajos de Ranvier, Wegner, Parrot, Cornil, está establecido que la lesión característica á la cual ella da nacimiento, consiste en el espesamiento de las capas de osificación del cartílago de crecimiento entre la diáfisis y la epífisis, alcanzando algunas veces á la separación de la diáfisis y la epífisis.

Ahora bien, estas alteraciones pueden traer desprendimientos epifisiarios y que clínicamente se traducen por una anormal movilidad en relación de la epífisis y con un insólito movimiento de la mano (Köbner y Waldeyer). Aunque raro, esto se ha puesto en evidencia por radiografías, como se puede ver en el libro de Broca. [2]

Dice también Cornil que en la sífilis ósea congénita el cartílago yustaepifisiario presenta la disposición en *rivulation* y su substancia se infiltra de sales calcáreas; pero en razón de su crecimiento en longitud, la capa condroide no es penetrada por los vasos y no es invadida por las trabéculas óseas; por consiguiente el cartílago no se osifica y en este punto el hueso se separa de la capa condrocalcárea, de donde la posibilidad de la separación completa de las epífisis al nivel de la línea de osificación, sin que haya ordinariamente solución de continuidad en la envoltura fibrosa del hueso (pericondrio, periostio, fibras arciformes).

---

1. Manuel d'histologie pathologique.
2. Syphilis hereditaire precoce d'un nouveau né.—Clinique di Chirurgie Infantile, Broca.

E. Henoch [1] en su libro y en el capítulo correspondiente á sífilis hereditaria se pregunta al estudiar las pseudoparálisis acompañadas ó no de tumefacciones epifisiarias, si está demostrada la dependencia de estas lesiones con las alteraciones óseas encontradas por Wegner. [2] En los recién nacidos y en los niños sifilíticos éste encontró casi constantemente en los huesos largos y especialmente en el punto de pasaje entre diáfisis y cartílago epifisiario, un proceso morboso, que describió como excesiva proliferación de las células cartilaginosas y de retardada osificación. La neoformación vascular del hueso no se había terminado ó se había hecho imperfectamente, y á consecuencia de la nutrición insuficiente, las células terminarían por morir lentamente por atrofia y degeneración grasosa. En las secciones transversales este proceso se presenta bajo el aspecto de una línea sutil, amarillenta ó de color anaranjado, un tanto dentellada en el punto correspondiente al límite del cartílago epifisiario: ella está formada por tejido muerto, que separa la diáfisis de la epífisis, y por la complicación de una flogosis supurativa puede llevar hasta un completo desprendimiento epifisiario. Estas observaciones fueron constatadas por Waldeyer y Köbner. Estos, como también Taylor, no lo consideran como proceso necrobiótico por vascularización insuficiente de la región ósea en relación con la zona amarilla, sino como un proceso gomoso por abundante neoformación celular, el cual, por compresión de los vasos, trae como consecuencia la muerte del tejido intermediario y por lo tanto la separación de la epífisis de la diáfisis.

Pero lo que es muy interesante para nuestro propósito, es saber que estas lesiones no siempre tienen el mismo desarrollo, pues si bien en algunos casos el proceso sifilítico del cartílago de conjugación llega hasta la tumefacción y el desprendimiento epifisiario, en otros en cambio son insignificantes, á pesar de lo cual Köbner y Waldeyer [3] dicen que estas alteraciones microscópicas se pueden reconocer con certidumbre aún en los casos en que falten las alteraciones macroscópicas.

Estas alteraciones mínimas, si así puede decirse, serían precisamente las que realizan la anatomía patológica del llanto sifilítico, pues serían epifisitis en primer grado. Como dice Baginsky, las lesio-

---

1. Henoch: «Malattie dei bambini». Trad. del Profesor Mya.
2. «Virchows Archiv».
3. Henoch: «Sífilis hereditaria. Malattie dei bambini».

nes de los huesos largos que se sitúan en el punto de unión de las diáfisis y del cartílago epifisiario, pueden, según su intensidad, ser divididas en 3 categorías: 1.a una extensión de la infiltración calcárea de la substancia del cartílago; 2.a la penetración irregular, en zig zag ó por islotes, de esta capa calcárea en la capa de las células del cartílago con proliferación simultánea de estas células ó ensanchamiento de las columnas que ellas forman (Kassowits-Heubner); se encuentra además en el interior de los canales del cartílago, verdadera substancia ósea allí donde normalmente no debería existir sino tejido cartilaginoso; hay, pues, esclerosis, calsificación y osificación prematuras; 3.a la tumefacción de las extremidades, como en el raquitismo, con formación de células embrionarias, de verdaderos glóbulos de pus entre la diáfisis y el cartílago epifisiario, de suerte que algunas veces epífisis y diáfisis están separadas por una capa líquida viscosa.

Bastará la lesión histológica de la primera cetegoría — pues no es fuerza que llegue á la tercera — para que el niño sufra, cuando se le mueva ó se le agite, y exacerbe su dolor cuando se haga presión sobre el bulbo *osea locus* de la lesión específica; explicaría esto, satisfactoriamente, por qué el menor movimiento en el niño traería el llanto en las condiciones que hemos enumerado.

Hemos puesto también á contribución la radiografía, para ver si ésta podía darnos alguna ilustración sobre el punto. En las dos que presentamos, muy bien tomadas por el fotógrafo de la Facultad de Medicina L. Cianci, aunque no se revela claramente la lesión epifisiaria, parécenos sin embargo notar un mayor espesamiento de la línea de conjugación, lo que apoyaría nuestra manera de interpretar el signo que venimos estudiando de tiempo atrás.

Doctor Morquio.—El estudio clínico de la sífilis, que tiene tanto interés positivo en toda contribución para dar mayores facilidades en el diagnóstico, debe ser mirado con simpatía.

En este sentido, no podemos sino felicitar al doctor Sisto, por la importante contribución, describiendo el llanto sifilítico.

El llanto sifilítico que el doctor Sisto ha encontrado repetidas veces, sería para él una manifestación dolorosa de una localización epifisiaria difusa.

El caso clínico es evidente: hay niños que lloran, y lloran porque

tienen dolor. Este dolor es localizado en los huesos, lugar de preferencia de las localizaciones sifilíticas.

La pseudoparálisis de Parrot tiene grados. Desde la disyunción epifisiaria hasta el simple engrosamiento, hay grados muy variables. A veces mismo, hay parálisis dolorosas en los niños sifilíticos, sin que sea vista al examen directo ninguna modificación ósea.

Otras veces hemos observado el siguiente hecho, que creemos contribuye á la interpretación del doctor Sisto.

Ciertos niños lloran seguido día y noche; no hay parálisis; el dolor se provoca principalmente á la presión de los huesos, y después de varios días los fenómenos generales se localizan, y se tiene clínicamente un caso de pseudoparálisis de Parrot. Esto no quiere decir que ha habido fenómenos conjuntivos difusos en las epífisis, hasta que una se ha hecho más intensa y da lugar á lesiones mayores, que se traduzcan por la pseudoparálisis.

En los casos citados por el doctor Sisto, parecería que la lesión no pasó del estado conjuntivo, puesto que se curaron sin haber seguido adelante.

A pressão sanguinea nas crianças

POR EL

Dr. Fernandes Figueira (de Río Janeiro)

Todos sabemos que as causas de variação da pressão sanguinea se podem resumir: *a)* no modo de funccionnar do coração, *b)* na alteração da resistencia peripherica, *c)* no estado das paredes arteriaes. Si ponderarmos que lesões proprias do apparelho circulatorio e os processos pathologicos de todos os outros, sob a fórma de infectuopathias mais ou menos agudas, são capazes de influir na pressão sanguinea, comprehenderemos para logo que esse elemento deve avultar nas estimativas da semiotica.

Estudal-o particularmente na infancia e na meninice tem o seu lado attrahente. Nessas epochas as alterações das paredes vasaes como raridade se contam, lesões endocardicas adquiridas são menos frequentes do que no adulto, ao passo que avultam os vicios congenitos

de exteriorização clinica muitas vezes obscura. Accresce que na tenra edade o apparelho circulatorio tem as suas caracteristicas: capillares mais desenvolvidos que no homem feito (principalmente os da pelle, figado, rins, pulmões e canal intestinal); veias providas de valvulas, de um calibre igual ao das arterias, com as paredes elasticas; arterias de paredes molles, sem flexões, facilmente distensiveis, cobertas de *vasa vasorum;* coração até certo periodo proporcionalmente maior quanto ao peso que o do adulto, menor em relação ao desenvolvimento dos vasos; a pressão sanguinea mais forte nos pulmões da criança que no do adulto, e isso em virtude das relações então existentes entre os orificios da aorta e da arteria pulmonar e que dominam todo o campo da clinica pediatrica.

Com a puberdade a adaptação maxima está feita—não ha negar;—mas até lá como influem na pressão do sangue as investidas das doenças e sobretudo, as mutações physiologicas do crescimento, das transformações de regimen alimentar, da vida intellectiva e da vida moral que começam?

Comprehende-se que das clinicas reputadas de Potain, de Heubner, de Combes, de Monti, hajam sahido contribuições á sphygmomanometria da infancia. En 1881 o professor Von Basch, de Vienna, publicava a sua monographia *Über die Messung des Blutdrucks am Menschen*, e já em 1884, nos *Archives für Kinderhalkunde*, fazia elle apparecer o resultado de investigações em 68 doentinhos da clinica de Monti. En 1893 Friedmann voltou ao mesmo alvo de pesquizas, trabalhando na clinica de Heubner. Potain e Vaquez tornaram conhecidas as suas mensurações da pressão sanguinea em individuos de 5 a 20 annos, no decurso de 1902, epocha em que veiu á luz a these de M.lle Anna Colossowa, inspirada na clinica de Combes. Em 1904, na clinica de Fedeschi, em Padova, Gino Fanoli obtem material para escrever *La sphigmomanometria nei bambini*, tendo sido, na Italia, precedido pela memoria de Lenita Beretta. («La Clinica Medica italiana», fevereiro 1903) e as tentativas do professor Muggia.

Pentence a 1905 a memoria de Oppenheim e Banchwitz e a 1906 a de Trumpp.

Como elementos subsidiarios devem ser citados: Bishop—Constitutional low arterial tension, in Children («Ann. of Gyn. and Pediatry», fevereiro 1906); Dehio—Ueber das Verhalten der Blutdruckes des jimgen und der bejahrten Menschen bei Muskãlarbeit (Deutsch Arch. fur klinik Med., LXXXIV, 253, 1902); Putennam—Ueber den Einfluss der Schulprüfungen auf Circulations apparat, em Butrag zu

den Untersuchungen über den Blutdruck wittelst der Gartners Fonemeters (analyse do Monatschrift für Kinderheilkunde—n° 1, 1902); Sacenaghi—La pressione sanguina comparativamente misurata alle grandi e piccole arterie nei bambini («Gazz. Med. Italiana», n.° 13, 1905).

Não têm sido utilizados sempre os mesmos apparelhos. É notorio que, desde que Basch fabricou seu sphygmomanometro, elle mesmo começou a modifical o, seguindo-se-lhe Potain, cujo instrumento, embora não original, correu as clinicas quasi que sómente conhecido com o nome do grande medico francez. O sphygmomanometro de Ruvi-Rocci teve, entre outros, os aperfeiçoamentos de Recklinghansen e de Sahli, e o tonometro de Gärtner do proprio autor experimentou transformações, embora de pouca monta. Podemos eschematicamente comparar, em suas linhas geraes, essas tres series de apparelhos: os de origem von Basch procuram a arteria radical na sede do pulso; Ruvi-Rocci vae medir a pressão na humeral em meio do braço; Gärtner prefere uma arteria digital.

Potain, depois de longos annos de applicação do instrumento de von Basch, confessa quanto elle pode fornecer resultados viciosos, já pela facil deterioração da borracha, já pela pouca precisão do manometro, que, segundo recommendava o professor de Paris, deve ser verificado antes de toda a pesquiza de certa precisão, e com a verificação muitas vezes repetida. Além d'isso, todo o cuidado em que a posição da pelota ponha o seu eixo em correspondencia com a direcção da arteria; que a pressão que o index exerce sobre esta seja perpendicular á face anterior do radio; que a pressão do dedo sobre a arteria não seja forte ou fraca de mais, porque no primeiro caso virá com o esmagamento do vaso a falta de batimentos, e no segundo a pressão da pelota se não exercerá sufficientemente.

D'esses e outros requisitos para a applicação do sphygmomanometro de Basch se vê que não será facil manejal-o e principalmente em crianças, que não se prestem passivamente a tanta delonga em se lhes tactear a radial. A simples apreciação do pulso com a extremidade digital os medicos conhecemos que não é sempre facil, havendo quem aconselhe contar as pulsações no precordio; imagine-se por ahi quanto um menino irrequieto opporá difficuldades á medida da pressão da sua radial. Explica-se, em consequencia, porque Potain e Vaques cifraram-se a investigar em individuos de mais de 5 annos e porque tao pouco valor foi conferido ás primitivas conclusões de von Basch e ás de Friedmann.

Mais usado tem sido o apparelho de Riva-Rocci. O professor Siltmann addicionou-lhe um manometro metalico de Basch e assim serviu á parte dos estudos de Oppenheim e Bauchwitz; para os restantes estes autores lançaram mão do apparelho de Riva-Rocci, mas com um manometro duplo, que lhe ajuntou o Prof. Sahli, de Berna. Na Italia os medicos que se têm occupado da pressão sanguinea nas creanças, empregaram o instrumento de Riva-Rocci, que no adulto baseou tão fructuosos trabalhos. Entre as indiscutiveis vantagens d'este sphygmomanometro—escreve Fanoli—foram imputadas causas de erro e precisamente: 1.º a resistencia dos tecidos que se interpõem ao bracelete e á arteria; 2.º causas inherentes ao individuo e devidas a perturbações nervosas e circulatorias; 3.º causas dependentes do investigador

Esses defeitos não diminuem, antes se incrementam, no campo da pediatria. A creança já é de si muito excitavel, de modo que o apparelho «raramente fornece uma expressão fiel da força intravasal». Tambem o bracelete, que é grande para membros gracis, mal se adapta, sem mais de uma volta, o que adultera a força da pressão exercida. É fallivel mesmo com a feliz modificação de Sahli, affirmam Oppenheim e Banchwitz: «o apparelho de Riva-Rocci, com a modificação de Sahli, dá resultado nas pesquizas da pressão sanguinea nos meninos e nos lactantes; mais si estes choram, os resultados são falsos.»

A critica maior está resumida nestas palavras. Faz-se mister obter um dispositivo que se adapte ás fluctuações emocionaes da creança, ao mesmo tempo que não a fatigue e seja de applicação facil. A maioria dos observadores preferiu sem detença o tonometro de Gärtner para a clinica pediatrica. Ahi já se não precisa tomar a arteria no ante-braço ou no punho: basta un segmento digital. A technica não offerece difficuldade: ischemia-se um dedo (indicador ou medio) com um anel de borracha, applica-se ao dedo ischemiado o anel pneumatico do tonometro, faz-se subir o mercurio no manometro até certo algarismo e corta-se o anel de borracha. Vai-se fazendo descer a pouco e pouco o mercurio do manometro, e logo que o dedo se torne vermelho, lê-se na escala em que ponto está a columna de mercurio. A simplicidade d'esta exposição não corresponde a corollarios indestructiveis das investigações. Os factores—emoção e movimento—do paciente ficam de pé (ainda que com intensidade menor, porque o apparelho funccionna em segundos) e se lhes incorporam outros motivos de erro. Deve-se ler o algarismo do manometro quando o sangue volta ao dedo ischemiado, mas qual o grão de vermelhidão bastante para

basear uma cifra certa? Gärtner falla em cor de purpura (*purpuroter Farbung*); Nen julga sufficiente uma vermelhidão diffusa e Shaw, ainda menos exigente, a côr de carne, (*deutliche Fleischfarbe*).

Além da borracha se alterar com frequencia e principalmente em climas de calor humido, a pressão do anel do primitivo apparelho (grande tonometro) pode ser desigual porque se trata de um cylindro truncado de metal com camara interna pneumatica. Si não houver o devido cuidado, a borda inferior comprimirá a arteria lateral e viciará o resultado. Tambem ao apparelho portatil com um manometro metallico, o Prof. Gärtner annexou aneis conicos maiores, todos de borracha e que se adaptam com precisão maior. Todavia, repetindo muitas vezes, e de varios modos as mensurações da pressão sanguinea, não encontramos inteiramente identicas nos dois apparelhos de Gärtner. Por ultimo, collocavamos um dedo de cada mão em cada apparelho e obtinhamos um terço, pelo menos, de pressão no tonometro portatil em relação ao grande tonometro. O facto será devido á applicação ao lado esquerdo ou ao lado direito? Gino Fanoli, com o instrumental de Riva Rocci, encontrou o algarismo da pressão do lado esquerdo mais alto que o do lado direito, differenças ora insignificantes ora de quinze millimetros. Eis os seus algarismos:

Á direita	Á esquerda	Á direita	Á esquerda	Á direita	Á esquerda
120	110	120	120	130	125
120	122	120	115	115	105
132	128	115	112	137	134
110	105	115	107	105	95
140	134	130	115	120	110
130	122	120	112	115	115
115	112	120	110	140	128
115	107	130	122	138	133
130	115	135	132	135	133
120	112	120	110	—	—

O autor explica o facto pelo subsidio anatomico: A aorta, ao separar se do coração, dirige-se obliquamente para cima, para diante e para a direita por espaço de tres a cinco centimetros, para depois tornar á esquerda até á altura da 3.ª vertebra dorsal, de onde desce verticalmente. O tronco innominado é assaz volumoso (14 a 15 mm.) e vae de baixo para cima e de dentro para fora á articulação esterno-clavicular, onde se biparte em carotida primitiva e sub clavea. Longo de 30 mm., succesivamente partem do arco os outros 2 troncos. O sangue propellido pela energia systolica, encontra a primeira grande arteria

e nella conserva e conservará a pressão sanguinea mais forte que a esquerda, porque a massa liquida não exhaure em uma primeira resistencia parte da sua pressão. A sub-clavea direita é mais curta que a esquerda, o que corresponde á extensão do tronco innominado, augmentado da differença de nivel do arco aortico nos pontos de origem dos grossos vasos (arteria innominada e sub clavea á esquerda) e tem uma direcção mais suave. A arteria humeral esquerda parece tambem menos espessa que a direita.

No principio de nossos estudos com o grande tonometro de Gärtner pareceu-nos observar que a cifra de pressão no lado paralysado (em alguns doentes de sclerose cerebral atrophica da infancia) era sensivelmente menor que o do lado hygido. Tivemos mesmo a opportunidade de mostrar algumas cifras obtidas ao professor Juliano Moreira. Em seguida a dois annos de applicação do tonometro, podemos agora asseverar que taes differenças effectivamente não existem.

Variando a experimentação, praticando-a com todo o cuidado, vimos que o lado paralytico fornece uma pressão sensivelmente igual ao lado são. Tampouco o lado direito ou esquerdo variam, ao menos dentro dos limites, aliás ainda bem pouco precisos, do instrumental de que dispõe a sciencia.

No limite propriamente physiologico ha a estudar alguns factos que a modificam. A hora em que são examinados os pacientes, o estado de somno ou vigilia, a posição em que se acham, carecem de ser considerados. Apezar do que se tem escripto, parece-nos que no elemento complexo—*hora*—se devem dissociar as influencias mais positivas do despertar, da ingestão de liquidos, da digestão em trabalho, do repouso, do trabalho muscular ou intellectual.

Talvez assim não passe de trivialidade a affirmação de que a criança começa o dia com a pressão baixa, eleva-a pelo decorrer da tarde, e, após ligeiro descenso, levanta a de novo ao entrar da noite. Essas alterações da linha registradora estão em correspondencia com a digestão, o exercicio, o repouso, etc.

A posição, é noção corrente que exercita modificação no gráo de tensão. O facto recebeu confirmação nas primeiras edades, onde se assignalou menor ascenção do mercurio do tonometro si o paciente fica em posição horizontal, e maior si na vertical.

Trousseau demonstrou a influencia inhibitoria do somno sobre o pulso. Elle obteve em crianças de 15 dias a um mez 140 batimentos na vigilia e 124 durante o sómno, em lactantes de um a 2 mezes 124 pulsações si dormiam e 136 si acordados, e outros, de 2 á 6 mezes,

despertados tinham no pulso 144 pancadas por minuto e dormindo cento e doze. Parrot procedeu a verifição em 32 creanças e com os mesmos resultados, chegando-se hoje ao conhecimento geral de que a vigilia traz augmento de numero de batimentos do pulso. Trumpp, medindo a pressão arterial dos lactantes, notou que ella se mostra maior nos que estão acordados do que nos immersos em somno.

Fanolli e Trumpp estudaram a acção do regimen alimentar. Logo após a digestão do leite, a creança tem uns oito a dez millim. a mais na pressão interarterial, mas essa elevação tambem se verifica antes do menino tomar o seio, ou no momento de qualquer emoção, o que parece produzir, acima de tudo, a alta apontada. Menos discutivel o que foi visto—e que nós confirmamos— quanto a acção do aleitamento natural ou artificial.

Vale a pena comparar os dois quadros de Fanoli:

I—ALEITAMENTO NATURAL

Nomes	Gráo de desenvolvimento	Idade	Peso	Pulso	P. A.	
F. G.	Desenvolvimento mediocre	7 mezes	5,200	116	80	
C. E.	» excellente	5 »	5,000	112	90	
M. M.	» mediocre	1 mez	4,400	112	95	85
R. I.	» escasso	3 mezes	3,630	128	80	
I.	» mediocre	3 »	3,220	120	85	

II—ALEITAMENTO ARTIFICIAL

Nomes	Gráo de desenvolvimento	Idade	Peso	Pulso	P. A.	
I. E.	Desenvolvimento mediocre	6 mezes	4,200	120	72	
C. A.	» pessimo	1 anno e 1/2	4,400	112	70	
O. E.	Condição mediocre	10 mezes	5,400	100	88	80
V. M.	» »	4 »	4,700	118	88	
R. M.	Fracas condições nutritivas	1 anno	—	101	95	

A differença de 5 millim. nestas medias tem o seu relevo: a nutrição dos lactantes do segundo quadro era menos favorecida, sem duvida, porém a idade, em compensação, se avantajava de muito. Assim, parece que, ao lado de todos os outros elementos depreciativos, a tensão arterial fica mais baixa no aleitamento artificial. Mas si por acaso volta a criança a amamentação, sobe a columna manometrica, e o que é mais, se mantem sensivelmente sem quedas, o que redunda em caracteristico da alimentação ao seio.

Tem se admittido que, após as refeições, mais alta fica a pressão do sangue. Oppenheim e Banchwitz procederam a numero limitado de mensurações, mas foram ellas repetidas, acompanhando de hora em hora a marcha da digestão, e não puderam asseverar uma influencia

decisiva, nem em lactantes nem em meninos maiores. Experimentando em imbecis e idiotas (e nesse caso as observações nos pareceram um tanto seguras porque faltava de muito o factor — emoção) vimos esses algarismos:

Orl.	100	(antes das refeições)	90	(1 hora depois)
Jul.	90	»	70	»
Raym.	110	»	85	»
Ant.	100	»	75	»
Manuel	120	»	100	»
José Riv.	90	»	80	»
Eucl.	100	»	75	»
Pedro	110	»	90	»
Miguel	110	»	80	»
Joaquim	70	»	80	«
Sebastião	110	»	90	»

Como essas outras medias poderiamos citar, e todas confirmativas de que ao menos na 1.ª hora após ás refeições é possivel deparar um descenso manometrico. Estudando circumstanciadamente as pesquizas de Oppenheim e Banchwitz, pode-se ver a conclusão identica. Eis este caso para exemplo: L Lensi, de 12 annos:

Tempo	Pulso	Pressão
Antes da alimentação	120	112
Immediatamente depois	100	124
30 minutos mais tarde	100	114
1 1/2 hora mais tarde.	142	108

É verdade que, mesmo das observações d'esses autores, deflue o que está geralmente assentado, isto é que, após a baixa apontada, a ascensão se manifesta 3 a 4 horas após a ingestão de alimentos.

O peso parece acompanhar parallelamente a pressão arterial, nos 12 casos cotejados por Fanoli. Á mesma deducção chejou Trumpp, que, estudando as perdas liquidas nas desordens entericas, opina pela medida da pressão arterial como indice da existencia ou ausencia de retensão aquosa nos tecidos. Como esta agua não é retida para solubilizar o chloreto de sodio, por isso que os pacientes em estudos não manifestaram signaes de retenção de chloretos, Trumpp vae a pensar que se trata da solubilidade necessaria aos colloidos procedentes de alimentação superalbuminoide. D'ahi se poderá inferir o quantum de albumina a ingerir, estabelecendo a relação entre o peso e a tensão arterial? Que as expoliações de liquido abaixam a tensão (no-

tavelmente nas enteritis), já se não discute. Quanto a illação de Trumpp talvez que seja ella precipitada, tão pouco extenso é ainda o numero de factos bem estudados sob este ponto de vista.

Nada se afigura mais axiomatico do que esta proposição: a tensão arterial segue a razão directa do desenvolvimento da idade. Assim o asseverou Potain, constituindo este quadro:

Idade	Pressão arterial
De 5 a 7 annos.	8 6 (8 a 8.75)
» 8 » 12 »	9.4 (8 » 11.5)
» 13 » 17 »	13.7 (10 » 18)
» 18 » 20 »	15.1 (14 » 17)

Mas já o Professor de Paris accrescentava: As pressões em individuos d'esta serie indicaram algarismos muito desegaes. Alli está, por exemplo, uma pressão de 18 em pacientes de 13 a 17 annos, cifra jamais obtida em sujeitos de 18 a 20 annos. No dominio mais particular da pediatria, nos primeiros tempos da vida, é que essas desegualdades para melhor se desenham.

M.[elle] Anna Kolassowa achou 80 a 85 millim. de 1 a 3 annos e 85 de 3 a 4 annos, Trumpp calcula entre 60 e 90 millim. a pressão arterial dos lactantes, Fanoli encontra de 75 a 100 a pressão arterial de 9 á 25 mezes, e o paciente d'esse maximo é o que acussa 80 millimetros no manometro, ao passo que outro en condições miserrimas e de 1 anno e 5 mezes, cheja a marcar 95 millimetros. Para Muggia e Beretta a pressão arterial do recem-nascido vae de 54 á 70, a do lactante de 87 á 89, a dos primeiros 4 annos oscilla entre 75 e 104.

Levantar um quadro eschematico sobre essas cifras parece arbitrario: as fluctuações não são pequenas. D'est'arte havemos de parar pelas approximações cautelosas. Como asseverar um fraco desenvolvimento do recem-nascido, somente pelo exame da pressão, si esta vae de 54 a 70, e como junto de um lactante, que não conheciamos anteriormente, inferir qualquer elemento prognostico oriundo da baixa pressão, si ella é passivel de oscillações entre 60 e 90?

Potain já lembrava que medir a pressão não é manejar um thermometro. Neste o gráo alcançado vale por uma conclusão mathematica, e nos apparelhos de medir a pressão cumpre attentar para varios elementos,—ensinava o grande clinico de Paris. Pode-se objectar que mesmo o thermometro tem as suas interpretações e que entre

duas crianças, das quaes uma com 36.9 e outra com 37.2, a primeira será, em dadas condições, considerada febril e a segunda apyretica. Como todos quantos se interessam pela precisão dos apparelhos de semiologia, lastimamos, comtudo, que o sphygmomanometro não nos proporcione um criterio mais positivo do que o até hoje alcançado. Será indispensavel ao exercicio clinico, e nos fornecerá alguns dados, de que sem elle não fariamos acquisição? Adiantou-nos saber que as emoções, tão frequentes nas creanças, fazem subir a pressão arterial, sujeita tambem a variações com o movimento ou com o repouso? Nesse particular—ao menos tudo já estava previsto, assentado, com os estudos physiologicos e bem pouco foi o nosso ganho scientifico. No estudo propriamente da pathologia ha algumas asserções a repetir: a irritabilidade nervosa faz subir a pressão, que, com a calma, torna a sua normalidade.

Nos idiotas profundos obtem-se a confirmação do facto, a columna manometrica raramente oscillando nesses individuos por abalo emotivo.

Na ictericia, Trumpp viu ao principio augmento e no fim baixa da tensão.

Linita Beretta concliu quanto á pneumonia e broncho-pneumonia infantis: *a*) no primeiro periodo da doença se nota uma hypertensão, que pouco dura nos casos fataes, e se estende muito nos casos curaveis; *b*) no declinio da doença a pressão baixa forte e com a convalescença se restabelece.

Fanoli veiu aos mesmos corollarios. A pressão varia com a gravidade do mal e a força contractil do myocardio; valores medios, máos prognosticos.

Essa é a regra nas infectuo-pathias, nas febres, comquanto o coração resista melhor na infancia que no adulto. As complicações nervosas são alli maiormente vistas e pouco dependem da força contractil do myocardio. Tambem não se torna facil dizer que ha sempre hypertensão nas febres; nellas a pressão pode estar baixa. O facto depende de circumstancias que todos conhecemos.

Nas inflammações sobe a columna thermometrica, sobe ainda mais depois da incisão do abcesso, e com pouco adquire a normalidade.

Nas nephrites assignalou Fanoli: a pressão media arterial está abaixo da media physiologica, a não ser nos casos typicos de nephrite parenchymatosa aguda.

Não se firmam deducções quanto ás meningites: para uns autores a pressão está baixa a principio, o que mostra a irracionalidade das

antigas depleções sanguineas; para outros ha un começo de hypertensão. Nesses casos se trata provavelmente de meningite não tuberculosa, de periodo frenetico, na classificação de Rilliet. Tambem as meningites estão na carencia de uma classificação, que não poderá ser feita, infelizmente, segundo a natureza dos germens. A anatomia pathologica terá, como sempre, o bastão de commando.

CONCLUSÕES

1.º O tonometro de Gärtner, a despeito das suas imperfeições (communs á todos os apparelhos do genero) parece prestar-se melhor ao tirocinio da clinica pediatrica.

2.º É desejavel que este apparelho seja aperfeiçoado ou se obtenha das modificações do de Riva-Rocci a precisão necessaria á semiologia.

3.º Alguns resultados obtidos com os varios sphygmomanometros na infancia confirmam principios physiologicos estabelecidos e leis pathologicas bem aceitas.

Manifestaciones viscerales del paludismo

POR EL

Dr. Elias Rojas (DE COSTA RICA)

Lamentamos no poder incluir el trabajo del doctor Rojas, debido á no haber llegado á nuestras manos los originales correspondientes.

Comunicaciones cuyos autores no estuvieron presentes en el Congreso

O Granuloma teleangiectodes (von Bassewitz) ou Haemangioma contagioso circumscripto da pelle.

ESTUDO CLINICO E ANATOMO-PATHOLOGICO

PELO

Dr. Ernst von Bassewitz,

Clinico em Santa Victoria do Palmar, Estado do Rio Grande do Sul.— Brazil)

Senhores:

Introducção.

Quando solicitei da Commissão Executiva deste Congresso a admissão do thema com o qual ouso occupar hoje a attenção deste illustre auditorio, impulsou-me o desejo de contribuir com este exiguo trabalho para a elucidação d'um interessantissimo assumpto do dominio da Dermatologia exotica, esse verdadeiro labirinto, onde a orientação é difficil até para os proprios pilotos, os especialistas em essa materia escabrosa.

É sabido por todos que o grupo das molestias infectuosas com localisações cutaneas encerra certos typos morbidos de genese obscura, a respeito de cuja posição nosologica continuam em divergencia as opiniões dos clinicos mais abalisados. Refiro-me de preferencia a Framboesia tropica e a Verruga peruviana, por muitos consideradas molestias identicas.

Roux por exemplo, menciona apenas o botão dos Andes como synonimo de Pian, em quanto que Scheube suppõe que a Verruga endemica seja uma forma da Bouba, modificada pela influencia desfavoravel de condições climatologicas e topographicas especiaes, respectivamente pela

concomitancia de malaria. Eder pronunciou-se recentemente em sentido parecido, affirmando a identidade da Verruga com a Framboesia, entretanto suppõe que a forma designada com o nome «Febre grave de Carrion» resulta d'uma complicação da Framboesia com a febre typhoide ou paratyphica. Por outro lado querem A. Breda e B. Sommer incluir ao conhecido quadro da Framboesia tropica, outro typo morbido bem distincto, que provavelmente é uma molestia infectuosa chronica aparte, como aliás Sommer mesmo já suspeitou. Essa confusão babylonica ao redor do termo Framboesia ou Bouba é ainda agravada pela hypothese unitaria de Hutschinson, conforme a qual a Framboesia não é outra cousa sinão a Lues venerea, a forma originaria americana, a raiz da syphilis pandemica. Essa opinião que contra numerosos adeptos na America latina perde dia a dia de terreno, não obstante ter ella encontrado um apoio apparente nas descobertas de Aldo Castellani, van der Burg e outros, que acharam na Framboesia uma espirochaete que morphologicamente em nada se distingue do Treponema pallidum. Apesar disso o proprio Castellani e com elle Neisser, Baermann e Halberstaedter, continuam sendo dualistas, vendo na Framboesia e na Syphilis duas espirillosis distinctas, estando convictos da existencia de differenças biologicas entre os micro-organismos encontrados e apontados como factores pathogeneticos.

A esse grupo cahotico de molestias de classificação questionada vejo-me obrigado a addicionar ainda outra enfermidade bizarra, que embora apresente numerosas analogias com qualquer das doenças recem mencionadas, diverge dellas porém em muitos pontos importantes, assim que a sua assimilação a qualquer desses typos morbidos me parece injustificavel. A actual occasião é sem duvida summamente propicia para a elucidação dessas duvidas, pois acham-se reunidos em esse recinto medicos de todas as regiões onde existem as molestias em discussão. Temos entre nós collegas vindos do longiquo Perú onde reina endemicamente a molestia de Carrion. Por outro lado, estão presentes não pequeno numero de clinicos, eximios conhecedores das diversas modalidades clinicas da Framboesia tropica ou Bouba.

Nomenclatura.

A esses illustres collegas peço expressamente tomar parte na discussão que seguir-se-á a leitura desse relatorio, pois do confronto dos diversos typos morbidos e da accentuação de seus caracteres differenciaes, ficará definitivamente estabelecida a posição nosographica do morbo por mim observado, que por razões anatomo-pathologicas apel-

lidei «Granuloma teleangiectodes» em opposição a Unna que o clasisificou de «Angiofibroma ou Haemangioma cutis circunscriptum», termo esse insustentavel em vista das recentes investigações histopathologicas de Bennecke, Jeanselme e Dominici, das quaes resulta que a nova molestia pertence ao grupo dos granulomas infectuosos especificos, facto aliás plenamente confirmado pela sua evolução clinica. Como, porém, a denominação «Granuloma teleangiectodes» já foapplicada a outra molestia congenere, impõe-se uma modifição deste termo afim de assignalar as differenças existentes entre o «Granuloma teleangiectodes de Küttner-Bennecke ou Botryomycose humana, e o morbo por mim descripto. Bennecke pensa ter resolvido essa questão, propondo como distinctivo as palavras additivas «europeum» e «tropicum», e ao mesmo tempo reclama, baseado em razões histo-pathologicas que se inclua no grupo dessas molestias a Verruga peruviana, com a denominação «Granuloma teleangiectodes peruvianum». Essas designações são, porém, pouco practicas, pois:

1.º Não é provado e aliás pouco verosimil que a botryomycose humana se ache apenas limitada ao Continente europeo.

2.º Pecca contra a logica o additivo «tropico» a molestia por mim assignalada, pois o districto em que foi observada já não pertence á região tropical.

3.º Razões da mesma ordem oppõem-se á designação «Granuloma teleangiectodes peruvianum» pois conforme Havilland Hall, Alibert e outros observadores, reina a molestia de Carrion tambem endemicamente fora dos limites geographicos do Perú, por exemplo em Zauma, Equador, e nas Cordilheiras da Bolivia e do Norte do Chile.

Para poder conservar a classificação anatomo-pathologica proposta por Bennecke, torna-se, pois, necessario uma modificação das inadequadas palavras additivas «*europeum*, *tropicum* e *peruvianum*», substituindo-as pelos nomes dos autores que mais intimamente se acham ligados á historia dessas molestias, até que mais tarde a bacteriologia forneça melhor base para a definitiva designação pathognomica.

Proponho por isso as seguintes designações transitorias:

1.º Granuloma teleangiectodes de Küttner-Bennecke.

2.º Granuloma teleangiectodes de Carrion.

3.º Granuloma teleangiectodes de von Bassewitz.

Historia.

Foi em principios do anno 1904 que appareceu no municipio de Santa Victoria do Palmar uma molestia exquisita até então ahi completamente desconhecida.

Infelizmente foram infructiferos todos os esforços por mim feitos para achar o primeiro doente e descobrir assim mais facilmente a fonte de onde provinha essa dermatose infectuosa. Julgo entretanto plausivel a hypothese de sua importação por intermedio de militares vindos da região do Acre ou do Estado de Matto Grosso.

Foi-me impossivel encontrar na litteratura medica nacional noticias a respeito da existencia de molestia identica ou mesmo parecida; confesso, porém, que o resultado negativo dessas pesquisas de forma alguma, exclue a possibilidade da existencia de outros focos endemicos do mesmo mal bizarro no interior do Brasil, que nosologicamente continua sendo verdadeira terra incognita, devido á falta de medicos habilitados n'essas regiões e a lamentavel indolencia que caracterisa os poucos clinicos ahi existentes, que deixam de registrar os acontecimentos professionaes mais interessantes.

A nova enfermidade propagou-se ahi logo d'um modo alarmante, certamente devido a ignorancia de seu caracter contagioso, acabando por infundir não pequeno terror á indolente população rural dessa campanha.

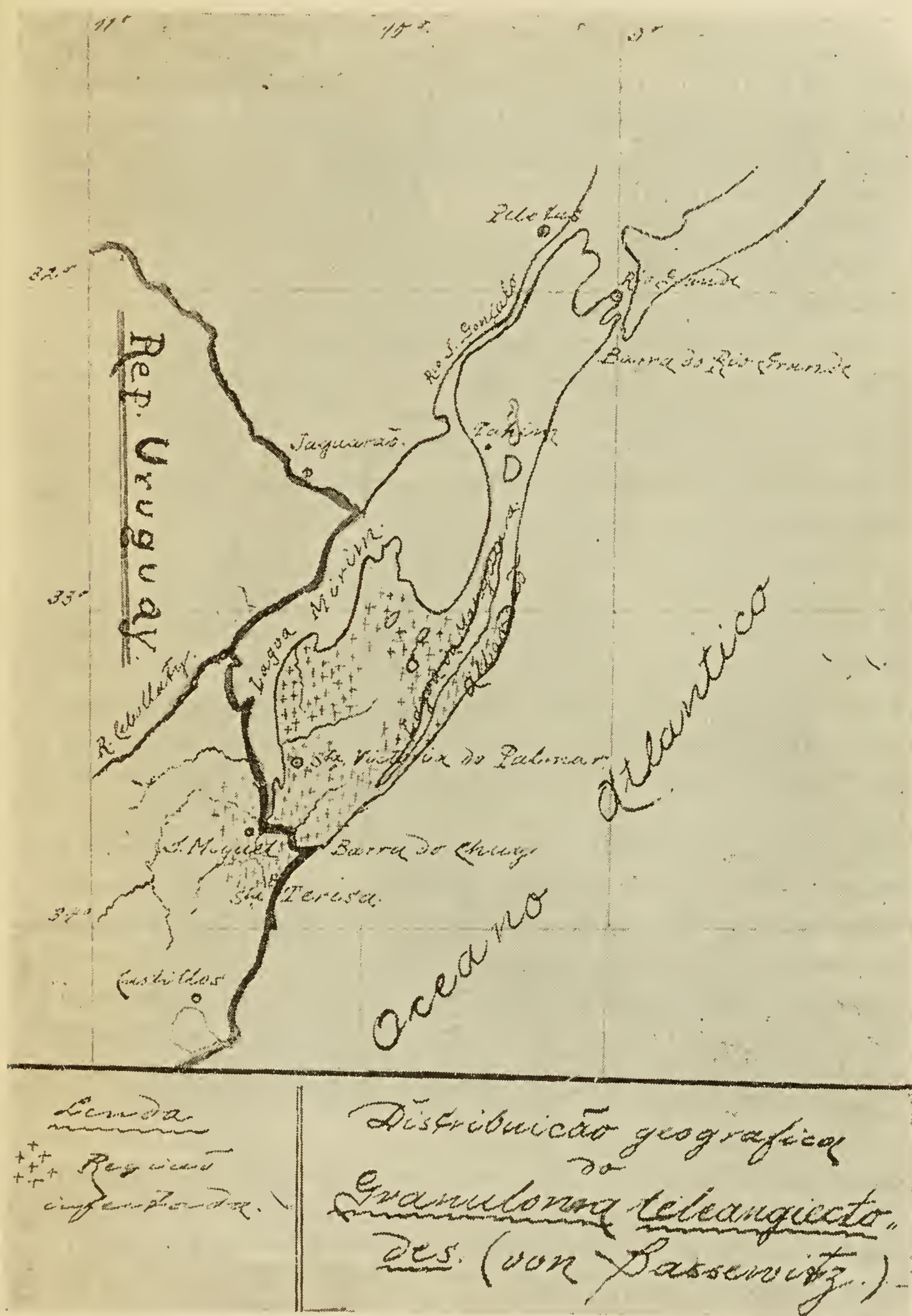
Distribuição geographica.

Entretanto limitou-se o morbo, contra a expectativa de todos, a um pequeno districto geographico entre 33º-34º lat. sul, que abrange o Municipio brasileiro de Santa Victoria do Palmar, situado entre a Lagoa Mirim e o Oceano Atlantico e os visinhos districtos de São Luiz, Chuy e Santa Theresa, pertencentes ao Departamento Rocha da Republica Uruguay, quasi na sua totalidade terra plana, arenosa ou alagadiça, poucos metros acima do nivel de oceano proximo. As condições metereologicas dessa região correspondem á sua situação topographica, o ar é constantemente saturado de humidade e a temperatura, cujo medium annual é 18.2.º soffre frequentes, bruscas e altas occillações. Predominam por isso ahi as molestias «a frigore», sendo igualmente mui frequentes as affecções venereas. A Framboesia tropica procura-se, porém, de balde, succedendo igual com a malaria, não obstante as condições telluricas favoraveis á evolução da ultima, talvez obstada pela acção dos fortes ventos maritimos reinantes.

Symptomatologia.

O granuloma teleangiectodes evolue em 3 phases clinicas distinctas. O periodo da invasão dura de duas a quatro semanas. Nenhum

symptoma revela a infecção ocurrida exceptuando apenas uma crescente anemia, de intensidade moderada, que em regra geral passa



despercebida pelos doentes. Só poucas horas antes de entrar a molestia na sua phase segunda ou eruptiva, se faz sentir nos lugares

onde vai surgir o exanthema, um prurido incommodativo que cessa promptamente com o apparecimento da papula inicial de côr vermelha viva. Esses elementos eruptivos transformam se rapidamente en tumores de configuração variavel. Tomando por base o seu tamanho, podemos distinguir 2 classes de producções neoplasicas, que em analogia com os termos adoptados na classificação das Verrugas peruvianas poder-se-á chamar «Granulomas miliares» quando não passem do tamanho maximo de um grão de milho e «Gramulomas mulares» aquelles que excedam a essa medida.

Observa-se frequentemente a coexistencia simultanea de ambas as formas num só individuo.

Em certos enfermos surge apenas um pequeno numero de granulomas que nem por isso precisam ser de grande tamanho. Outros doentes ostentam, ao contrario, numerosissimas excrescencias exanthematicas, podendo-se dar em alguns lugares uma verdadeira confluencia entre as mesmas; essas localidades são então séde de pronunciados œdemas.

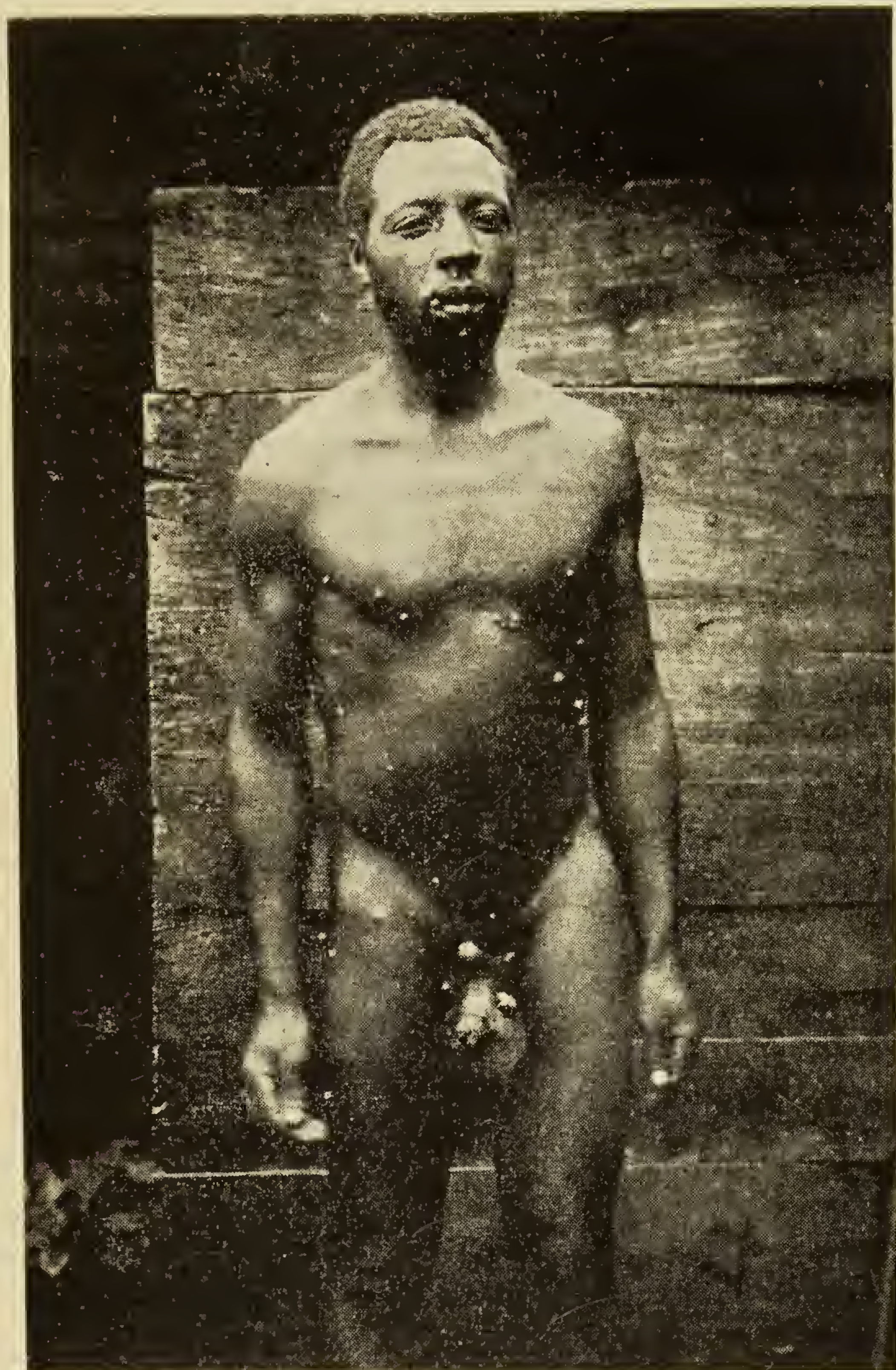
Os granulomas teleangiectodes mostram predilecção manifesta para certas regiões da superficie do corpo, como sejam: os arredores dos orificios naturaes do organismo, a cara, o pescoço, as fossas axillares, as proximidades dos orgãos sexuaes, as dobras inguinaes, a rima anal e em mulheres, de peitos volumosos e algo flacidos, os sulcos submamarios. O couro cabelludo da cabeça, o dorso, os flancos, o abdomen e as extremidades são mais raramente portadoras dessas neoplasias exquisitas.

Como a maioria das dermatoses infectuosas pode o Granuloma teleangiectodes produzir alterações visiveis nas membranas mucosas, offerecendo aqui naturalmente aspecto morphologico algo differente dos elementos eruptivos assentes na superficie do corpo, devido á diversa estructura anatomica desses tegumentos. A mucosa buccal é a mais frequentemente affectada, porém, vi tamben a do nariz, da uretra, do vestibulo vaginal e a do recto, em casos isolados serem attingidas.

Em regra geral adquirem esses Granulomas rapidamente os seus caracteres fundamentaes. Elles são entumecencias irreductiveis de côr escarlate ou violaceo, que augmentando tormam-se globosas, podendo alcançar o tamanho d'um ovo de gallinha; en regra geral são porem menores.

Devido a influencias mecanicas extrinsecas, varia a sua fórma. Ha tumores hemisphericos, outros completamente achatados, outros poly-

lobados, sessis ou estrangulados na sua base de forma tal que adherem á superficie presos por um pediculo mais ou menos delgado que romper-se pode, surgindo então, em regra geral, no mesmo lugar novo tumor analogo. A consistencia dessas neoplasias succulentas



depende da riqueza vascular dos seus tecidos, mas sempre são menos duros que os fibromas genuinos, sendo notavel a sua exagerada friabilidade. O menor traumatismo origina perdas sanguineas consideraveis e difficeis de conter. O sangue extravasado é muito liquido, pallido e tem visivelmente perdido grande parte de seu poder coagulativo normal.

As frequentes e profusas hemorrhagias recidiventes deixam os enfermos já anemicos, muitas vezes quasi exsangues. O conteudo do sangue em hemoglobina pode baixar a 30 % (Sahli-Gowers) e o numero das hematias a 1 1/2 milhão por ccm^3. (Thoma Zeiss), revelando o exame microscopico intensa poikylocytose. Notavel é a extra-rapida evolução dos granulomas da cavidade buccal, certamente devido ás constantes irritações chimicas, thermicas e mecanicas ás quaes se acham expostos. Essas mesmas causas provocam naturalmente frequentes stomatorrhagias. Sempre é nestes casos a mastigação dos alimentos summamente difficultada, sinão completamente impossivel. Devido a insufficiente trituração e ensalivação do bolo alimentar, não tardam a apparecer phenomenos de dyspepsia atonica e desordens diarrheiformes. O forte *foetor ex ore* que esses doentes exhalam, acaba por infundir-lhes viva repugnancia para as comidas. Naturalmente apresentam-se por fim symptomas presagiadores da inanição, desordens circulatorias, cardiopalmus, tendencia para lypetemias, œdema malleolar, phosphaturia, etc., impondo prompta e energica alimentação roborante liquida de facil assimilação.

Independente dessas variações evolutivas, podem sobrevir outras complicações que perturbem a marcha natural da molestia. Refiro-me ás frequentes infecções bacillares secundarias que provocam a suppuração, exulceração ou necrose humida d'um ou muitos granulomas, incidentes quasi sempre accompanhados do engurgitamento indolente das glandulas lymphaticas regionaes. Os tumores uma vez lesada a integridade de seu envolucro epidermico, começam a segregar um liquido sanioso-sanguinolento pouco denso, ao qual adhere um cheiro muito penetrante que faz lembrar as emanações de peças anatomicas em maceração. A quantidade dessa secreção morbida repugnante é extremadamente variavel e em alguns casos tão abundante que gotteja constantemente, em outros ainda é relativamente diminuta e manifesta então tendencia para adherir á superficie ulcerada en fórma de delgada crosta cremosa de côr pardacenta.

A pelle ao redor dos granulomas apresenta em regra geral, nenhuma anomalia e só quando irritada pela secreção puriforme de tumores exulcerados pode ostentar aspecto erythematoso.

Nos elementos eruptivos que na sua evolução natural não foram contrariados por nenhuma das causas accidentaes mencionadas, observa-se no fim de certo tempo espontanea metamorphose regressiva. Os granulomas miliares perdem a sua côr viva e diminuem lentamente de volume até desapparecer completamente. Fóra d'uma leve

e passageira descamação purpuracea nada indica o lugar da sua exsêde. Os tumores maiores atrophiam ou mumificam-se pouco a pouco, provavelmente devido a thrombose dos vasos afluentes e sendo pediculados cahem promptamente. Persiste por muitos mezes em seu lugar uma mancha acromica de forma variavel, rodeada de um estreito circulo de pelle hyperpigmentada em fim, uma pseudo-cicatriz muito caracteristica *«en cocarde»*.

O material casuistico do qual disponho é alias muito reduzido, pois, o numero de enfermos accommettidos de granulomatose que tenho visto, alcança apenas a 26. Assim mesmo julgo dever-me aproveitar desse material para uma breve resenha estatistica. A maioria dos enfermos—17—pertencia ao sexo masculino.

Delles occupavam-se 4 com agricultura, 6 na industria pecuaria e 2 no commercio ambulante; o resto não tinha profissão definida.

Da sub divisão ethnologica dos doentes resulta pertencerem 14 com mais ou menos razão á raça caucasica, sendo os restantes 8 negros ou mulatos escuros e 4 indios resp. caboclos. A edade desses enfermos occillava entre 8—68 annos. Com excepção de 2 casos eram todas pessoas já puberes, assim que a edade infantil parece estar relativamente ao abrigo do viro desta molestia, o que aliás coincide com as minhas observações sobre o modo habitual da transmissão da mesma.

Prognostico.

A Granulomatose evolue apparentemente com mais benignidade em brancos do que em individuos de côr; julgo, porém, que as condições sociaes e hygienicas inferiores em que estes ultimos costumam viver, bastam para explicar a sua apparente resistencia organica menor. Embora não dispôr de dados officiaes, calculo o numero total dos casos de Granulomatose occurridos neste Municipio em 60-70, e se não houve morte nenhuma a lamentar que exclusivamente se pudesse attribuir a essa molestia, resulta d'ahi que o seu prognostico é innegavelmente benigno *«quoad vitam»*. Presagio igualmente favoravel *«quoad sanationem perfectam»* julgo poder tirar das minhas annotações clinicas pessoaes; pois todos os enfermos que se submetteram a um tratamento razoavel e energico, sararam em 2 a 4 mezes. Uma therapeutica inadequada, porém, ou o abandono da molestia a tão louvada *«vis medicatrix naturæ»* prolonga extraordinariamente os soffrimentos dos enfermos.

Tenho noticias de casos nos quaes a enfermidade durou mais de anno e meio, provavelmente devido a repetidas re-auto inoculações.

Julgo poder affirmar que um primeiro ataque de Granulomatose confere uma immunidade si não definitiva, pelo menos duravel. O estado de refractariedade não é, porém, adquirido logo, pois mezes depois da invasão do viro especifico no organismo as re infecções são ainda possiveis, mas essa receptibilidade acaba finalmente por extinguir-se.

A transmissão dessa molestia effectua-se de pessoa para pessoa por contacto directo ou indirecto. A pelle normal parece barreira sufficientemente segura para impedir a invasão do viro. Com relativa facilidade effectua se, porém, a infecção atravez das mucosas. A diminuta resistencia das mesmas, nomeadamente a da cavidade buccal é talvez devida a existencia permanente de minimas lesões de continuidades. Facto é que em 80 % dos meus enfermos, ella forneceu a porta de entrada ao agente pathogeno. Muito contribue para esse modo de propagação o uso collectivo da bomba do mate, pois infelizmente existe ainda no Rio Grande do Sul a crença enraizada que objectos de ouro ou prata são incapazes de transmittir germens infectuosos, motivo pelo qual se pode observar diariamente que tuberculosos, syphiliticos ou portadores de outras molestias transmissiveis, toman mate em conjuncto com individuos sãos sem que estes receiem ser contaminados.

Dessa fórma explica-se tambem a rapida propagação que a nova molestia teve nesta campanha e a prompta diminuição da mesma, uma vez conhecido pelo publico o perigo adherente ao uzo collectivo da bomba.

A satisfação do instincto genesico pode tambem fornecer occasião para a transmissão do Granuloma teleangiectodes, como julgo poder concluir do facto de ter visto em alguns doentes localisar se exclusivamente a erupção exanthematica nos orgãos sexuaes externos e regiões proximas, confessando-me quasi todos esses individuos terem tido relações sexuaes suspeitas.

Não posso tão pouco deixar de mencionar que provavelmente tambem certos dipteros podem em determinadas occasiões, exercer o papel de transmissores dessa molestia. Eu mesmo observei um caso onde a infecção parece ter-se effectuado desse modo. Basta por exemplo que una mosca contaminada com a secreção puriforme d'um granuloma desprotegido, pouse, logo depois, sobre qualquer simples lesão de continuidade de outra pessoa para transmittir o viro especifico.

As multiplex analogias clinicas desses Granulomas com a Verruga dos Andes, fizeram-me tentar a inoculação dessa molestia «in anima vile»; pois, conforme as consoantes affirmações dos medicos peruvia-

nos é a Molestia de Carrion transmissivel a grande numero de animaes como gallinaceas, solipedes, cães, suinos etc. Utilisei-me na primeira serie desses experimentos, do sangue retirado com todas as cautelas asepticas de granulomas recentes, ainda não exulcerados que inoculei em cachorros e cavallos. O resultado foi absolutamente negativo.

Recorri agora á vaccinação com o liquido sero-purulento segregado por tumores exulcerados, sendo os resultados outra vez inteiramente negativos. Apezar de que algumas vezes vi produzirem-se ao nivel das picadas infectuosas focos de suppuração acompanhados de engorgitamento das pleiadas ganglionares proximas, não pude nunca observar a formação de qualquer tumor neoplasico exhuberante, o que a meu ver prova sufficientemente que o viro dessa molestia bizarra não é pathogeno para os animaes mencionados.

Experimentos identicos, *in anima nobili*, não me julguei autorisado fazer.

Entretanto appliquei em mim mesmo por 2 vezes pincelações leves, na epiderme intacta, com a secreção puriforme de granulomas exulcerados, sem conseguir a transmissão da molestia. Naõ ha, porém, duvida alguma que a epiderme perde o seu poder protectivo quando macerada ou quando se recorra a fricções que compromettam a integridade desse tegumento. É sem duvida devido a isso que em doentes dessa ordem se observam tantas re-infecções *per contiguitatem* em forma de verdadeiros calcos ou *clichés* nas regiões humedecidas por suor ou outras secreções physiologicas, maximo quando expostas ao roçamento das roupas. Exemplos frizantes desse modo de propagação offerecem os frequentes granulomas situados na face interna das coxas, na bolsa escrotal, em lugar correspondente a neoplasia femural ou em mulheres os granulomas bilateraes dos labios vulvares.

Nos casos da existencia de granulomas na cavidade buccal possue provavelmente tambem a saliva desses doentes propriedades infectuosas, devendo adherir igual poder á secreção da pituitaria e de outras mucosas quando são séde de neoplasias exulceradas.

Sobre a existencia do contagio fixo da granulomatose em questão, fóra do organismo humano, nada se sabe. Julgo pouco provavel que elle exista em estado de virulencia no solo, pois sendo assim deviam ser mais frequentes as infecções por intermedio de lesões de continuidade assentes nas extremidades inferiores como por exemplo se vê nas boubas. Menos verosimil parece-me ainda uma theoria hydrica dessa molestia, no sentido como alguns clinicos peruvianos antigos a

proclamavam em relação á Molestia de Carrion (Theoria de Tschudi Raymundi sobre as aguas de verrugas). Tambem carece de fundamento a suspeita da origem alimentar do Granuloma teleangiectodes, hypothese genetica essa aventada por um collega já fallecido, o Dr. Glycerio Pires de Carvalho, quem considerava a nova molestia uma especie de escorbuto ou dysaemia produzida por uma alimentação principalmente constituida de carnes e peixes salgados alterados.

Resta-me ainda referir que tempo houve em que dei abrigo á ideia da identidade dessa granulomatose com uma molestia equina bastante vulgar na zona sul deste Estado, a botryomycose. Fundamentavam-se as minhas suspeitas nas semelhanças morphologicas que essas excrescencias entre si macroscopicamente ostentavam.

O exame histologico dos tumores mostrou-me, porém, promptamente o inacertado das minhas presumpções, desvendando a natureza mykofibromatosa das neoplasias equinas, em inteiro desacordo com os caracteres histo-pathologicos dos tumores humanos apparentemente analogos. Não conheço tão pouco facto nenhum que pessoas lidando com animaes affectados de botryomycose tivessem adquirido essa molestia e muito menos ainda granulomas teleangiectodes genuinos.

Diagnostico.

A evolução dessa molestia não é naturalmente sempre tão typica como ha pouco acabei de descrever. Casos ha que devido a complicações com molestias anteriores ou intercurrentes, apresentam aspecto clinico differente, imprimindo á Granulomatose um *cachét* todo especial, difficultando assim muito o diagnostico da mesma, que aliás já em condições normaes não é das mais faceis a fazer.

As multiplex analogias que o Granuloma teleangiectodes apresenta com outras dermatoses infectuosas, impõe, antes de tudo, a pergunta si se trata d'uma entidade morbida distincta da Framboesia tropica e especialmente da Verruga Andina, as quaes muito se assemelha chegando a copiar esse ultimo morbo em diversos sentidos. Não hesito responder negativamente a essa interjeição, pois existem differenças consideraveis entre essas molestias. Basta lembrar que o nosso Granuloma teleangiectodes evolue sem nunca apresentar febre nem hyperhydrose nem tão pouco os symptomas rheumatoides que nunca faltam na phase inicial da Verruga e da Bouba.

Do verrucoma andino distingue-se ainda pelo facto dos elementos eruptivos nunca invadirem as visceras, em quanto a sua frequente lo-

calisação mucosa permitte differençal-os da Framboesia que costuma respeitar esses tegumentos, invadindo-os só excepcionalmente *per continuitatem* (Plehn). Aliás já o simples aspecto do papilloma muriforme boubatico fornece ao observador attento, valioso material para um diagnostico differencial com o granuloma teleangiectodes hemorrhagiparo.

Quanto ao diagnostico differencial do mesmo com a chamada Botryomycose humana, basta consultar as descripções clinicas d'aquelle morbo, dadas por Hartmann (Societé de Chirurgie de Paris. Séance du 28 mars, 1906) e Küttner (Uber teleangiectatiche Granulome. Ein «Beitrag zür Kenntniss de rsogenannten Botiyomykose. Beitr. z. klin. Chirg. v. Brüns.» Bd. 37. 1 H) para esclarecer qualquer duvida.

Desnecessario julgo tambem a enumeração dos caracteres differenciaes do nosso Granuloma teleangiectodes com a Mycosis fungoide, o Granuloma venereo, o botão de Biskra, o Molluscum contagiosum, os Neurofibromas generalisados, o Pemphigo vegetans de Neumann, a Syphilis papulosa, a Tuberculosa verrucosa e os Sarcomas multiplex da pelle. Embora apresentem certas semelhanças morphologicas com os tumores granulomatosos por mim descriptos, fornecerá a anamnese e a atentta observação da evolução posterior de semelhantes casos promptamente dados differenciaes bastante inequivocos; que aliás rapidamente obter se pode por intermedio de pesquizas histologicas.

Histo-pathologia.

Com o estudo anatomo-pathologico desses tumores exquisitos, effectuado em material mais ou menos apropriado obtido por intermeio de biopsias, já se ocuparam grande numero de investigadores.

Cito entre elles: A. Austregésilo e F. Terra, Unna, Bennecke e recentemente E. Jeanselme e H. Dominici. Deixando de parte pequenas divergencias na interpretação do achado objectivo, são todos elles concordes na confirmação:

1.º da exquisita riqueza vascular desses tumores, devido ao desenvolvimento de numerosos vasos capillares fortemente dilatados, com parede delgada, formada por simples camadas de cellulas fusiformes,

2.º dum accentuado œdema inflammatorio,

3.º da escassez, respectivamente ausencia absoluta de tecido connectivo no tumor mesmo,

4.º da existencia duma infiltração leucocytaria diffusa,

5.º da falta absoluta de micro-organismos nas camadas profundas dessas neoplasias.

É certo que a estructura dos Granulomas teleangiectodes se assemelha á de outros verdadeiros tumores vasculares, mas existen differenças, embora subtis, que revelam a natureza granulomatosa dessas neoplasias exhuberantes.

Em primeiro lugar chama a attenção do observador a infiltração diffusa com leucocytos.

O accentuado circulo leucocytario superficial deve-se sem duvida attribuir aos micro-organismos abundantes que ahi vegetam como saphrophitos e aos productos de seu intercambio organico, pois é sabido que onde existem bacterios encontram-se tambem numerosos leucocytos.

Pouco provavel porém, para não dizer excluido é, que a infiltração leucocytaria total que nesses tumores exquisitos se observa, seja provocado pelos saphrophitos da superficie, pois tanto em tumores de grande tamanho como nos pequenos encontram-se nas camadas mais profundas a mesma quantidade e disposição desses elementos, o que demonstra que ahi existe uma noxe especifica irritante.

Um segundo componente que fala em pró da natureza granulomatosa desses tumores é uma substancia homogenea elementar ao redor dos capillares que, como a tincção especifica mostra, não é mucina sinão um œdema inflammatorio que atribuir se pode aos mesmos microorganismos já mencionados e suas toxinas ou a stase originada pela compressão dos capillares. Essa substancia augmenta, porém, en proporção crescente quanto mais nos apartamos da superficie dos tumores, o que igualmente faz presumir a existencia de um agente infectuoso, actuando de preferencia na profundidade dos texidos, lesando ahi as paredes vasculares.

Finalmente o terceiro e principal componente desses tumores, os capillares, ostentam condições particulares que por um lado os dividem dos angiomas e outros tumores da mesma classe, mostrando por outro lado sua analogia com os granulomas genuinos. É isso a falta de qualquer stroma connectivo sendo tão pouco demonstravel a existencia de fibroblastos em numero consideravel, pois a grande maioria das cellulas fusiformes parecem ser angioblastos. Agora é a presença de tecido connectivo, embora em quantidade variavel, uma das condições fundamentaes caracteristicas dos tumores vasculares legitimos. Ribbert, por exemplo, diz na sua obra magnifica «Geschwulstlehre» pag. 163 «Völlig reine nür aüs Gefässen bestehende Angiome giebt es nicht».

Um outro caracter differencial é que nos legitimos tumores vasculares encontram-se sempre vasos solidos, arterias, veias ou capilares de paredes excepcionalmente grossas. Nos tumores em questão, porém, nada disso se vê, senão associações cellulares frouxas que mal merecem a designação de paredes vasculares. Si a isso junctamos a enorme proliferação e neoformação de capillares, partindo das cellulas das paredes capillares, que simultaneamente se dá em todas as partes dos tumores, temos ahi outra differença caracteristica contra os legitimos tumores vasculares, aliás de crescimento mais lento e parcial.

Para finalizar a exposição da histo-patologia do Granuloma teleangiectodes (von Basewitz) transcrevo aqui o excellente trabalho que os Srs. Jeanselme e Dominici puzeram graciosamente á minha disposição. Esses illustres collegas, cuja competencia é tão notoria que dispensa cualquer encomio de minha parte, pronunciaram-se a respeito de 2 peças obtidas por biopsia em doentes differentes e em diversas phases da molestia.

«A peça N.º 1 por nós examinada é um fragmento de pelle comprehendendo a epiderme, as camadas papillares, sub-papillares e a parte superficial do derma propriamente dicto. A epiderme e o corpo papillar são hypertrophiados. Os conos interpapillares e as papillas são extraordinariamente alongados, seu conjuncto constitue um fungus que faz hernia atravez da camada horizontal da epiderme erosionada. Estudando successivamente a epiderme, o corpo papillar e o derma notamos o seguinte:

I. Epiderme.

A porção da epiderme que circumscreve a zona erosiva acha-se reduizda a uma fina camada constituida por 2 ou 3 ordens de cellulas. A camada superficial é formada por elementos achatados attingidos de parakeratose. As cellulas subjacentes são volumosas, polygonaes, reunidas por filamentos de união. A medida que nos afastamos da ulceração, todas as camadas da epiderme normal se reconstruem; a camada cornea que permanece affectada de parakeratose, *stratum granulosum*, corpo mucoso de Malpighi. As cellulas dessa porção de epiderme chaman a atenção por seu grande tamanho, sendo o seu nucleo rodeado duma cavidade mais ou menos larga. As cellulas assim modificadas são ora confluentes, ora (especialmente ao nivel da camada basal) dissociadas pela infiltração de mononucleares de grande tamanho. As mesmas modificações notam-se nas columnas interpapillares.

II. Corpo papillar.

Examinado a fraco augmento, após a tincção com eosina orange e hematoxilina, o corpo papillar apresenta 4 modificações principaes:

1.º uma coloração violacea diffusa,

2.º um estado areolado,

3.º zonas claras,

4.º zonas vermelhas.

Um forte augmento permitte reconhecer que esses aspectos são devidos:

1.º a uma infiltração cellular massiça (tincção violacea diffusa).

2.º a multiplicação e dilatação dos vasos sanguineos e lymphaticos (estado areolado),

3.º a um œdema fortemente accusado (zonas claras) e

4.º a hemorrhagias intersticiaes (zonas vermelhas).

Essas modificações são essencialmente ligadas a um œdema inflammatorio intenso.

a) Oedema inflammatorio.

Seguindo a regra, o œdema inflammatorio é caracterisado por reacções circulatorias, por reacção das cellulas fixas, phagocytose e modificações das paredes vasculares. As reacções circulatorias são: a congestão e dilatação dos vasos sanguineos e lymphaticos, exsudação de plasma com coagulação de fibrina nos intersticios do tecido conjunctivo, a diapedese de globulos vermelhos, de polynucleares e sobre tudo de mononucleares.

A reacção das cellulas fixas são: a hypertrophia das cellulas conjunctivas com a libertação desses elementos, sua multiplicação e a transformação de certas entre ellas em macrophagos. O corpo das cellulas conjunctivas torna-se enorme, ellas tomam um aspecto fusirefaviforme (*rayonante*), munindo-se de longos filamentos pelos quaes se anastomoseiam entre si em vasta rede. Seu protoplasma torna-se ao mesmo tempo esponjoso e muito chromophilo. Ao lado das cellulas que permanecem fixas e conjunctas em redes a largas malhas, ha outras que se tornam globulosas e cahem nos intersticios do tecido papillar. Esses elementos, o mesmo que aquelles que permanecem fixos, podem dividir-se por karyokynese; de mais ha entre as cellulas livres algumas que absorvem e digerem os polynucleares e hematias (macrophagos).

O papel phagocytario é por outro lado desempenhado pelos monu-

cleares emigrados das vias circulatorias. Conforme a regra os mononucleares são de todos os tamanhos, grandes, pequenos e medianos. Os maiores entre elles identificam-se completamente ás cellulas conjunctivas despregadas das suas adherencias normaes.

Mononucleares e cellulas conjunctivas livres são que compõem a maior parte do infiltrado cellular, assás abundante.

b) Modificações vasculares.

Os vasos sanguineos e lymphaticos podem ser séde de thromboses. Os primeiros encerram um numero consideravel de polynucleares em quanto que os capillares lymphaticos são litteralmente obstruidos por mononucleares. O endothelio dos vasos, fortemente entumecido, volta ao estado embryonario e transforma-se em vasto plasmode tubuloso, semeado de nucleos volumosos. Alguns d'esses vassos são infiltrados de polynucleares em diapedese, porem a emigração através das paredes vasculares é minima em relação áquella que se observa em outros estados phlegmasicos.

As cellulas proprias das suas paredes participam do processo reaccionario do tecido conjunctivo.

As cellulas engrossam, os feixes conjunctivos se afastam e sua substancia se reduz proporcionalmente ao acrescimento dos elementos cellulares.

c) Ao nivel das zonas claras observam-se todas as modificações que acabamos de assignalar, com predominancia marcada do œdema. As cellulas, os feixes conjunctivos, as fibras elasticas são afastadas por um exsudado fibrinoso abundante, em quanto as cellulas fixas restam muito hypertrophiadas. Os feixes conjunctivos são reduzidos a tenues filamentos intricados em um reticulo frouxo. A infiltração dos mononucleares é menos accentuada que nas zonas escuras. Em fim, as paredes proprias dos vasos são como dissociadas pelo processo œdematoso, sua estructura se confunde com a do tecido conjunctivo circumvisinho de tal sorte que as arterialas e veiasinhas parecem reduzidas a seu endothelio e tomam desse modo o aspecto de enormes capillares.

d) Ao nivel das zonas vermelhas ou hemorrhagicas, os feixes concjuntivos, as cellulas fixas, as paredes dos vasos são attingidos de necrose. A substancia collagena, o protoplasma das cellulas tornam-se granulosos e fixam fortemente os corantes acidos. O nucleo das cellulas acha-se em pycnose. O sangue se infiltra nos intersticios desse tecido conjunctivo necrotizado, depois de haver provavelmente transposto as paredes alteradas dos vasos sanguineos.

III. Derma.

Os cortes mostram apenas a parte mais superficial. Reencontram-se as modificações caracteristicas já descriptas: Dissociação dos feixes conjunctivos pelo oedema e os mononucleares; hypertrophia das cellulas fixas que cahem nos intersticios do derma dilatado, engrossamento do endothelio vascular e hypertrophia das cellulas fixas contidas nas paredes dos vasos.

CONCLUSÃO

O tecido examinado acha-se em estado de reacção inflammatoria. Os caracteres especiaes que merecem ser assignalados são os seguintes:

a) A diapedese dos mononucleares e a reacção das cellulas fixas são extremamente accentuadas, indubitavelmente muito mais de que nos processos inflammatorios ordinarios. É por isso que as partes densas das preparações são a sede d'uma infiltração massiça de mononucleares.

b) A phagocythose é relativamente discreta.

c) A dilatação e o augmento da rede capillar são enormes.

d) Ao nivel das zonas claras, o œdema toma proporções taes que as paredes dos vasos se dissociam e cessam de ser reconheciveis.

e) A infiltração hemorrhagica acaba de dar ao quadro histologico uma physiognomia toda particular.

f) Emfim existe uma reacção myeloide extremamente interessante devido a transformação de certos mononucleares do tecido inflammado em myelocytos e eosinophilos. Estes se transformam por si mesmos em polynucleares eosinophilos.

A peça com a designação N.º 2 differe em algo do material especificado sobre o N.º 1. Ella é formada por um tecido claro, esponjoso, em lugar de estar constituido na sua maior parte por um tecido inflammado, infiltrado de elementos cellulares.

A epiderme é adelgaçada em toda sua extensão porem as cellulas, das quaes se compõe, apresentam o mesmo aspecto das descriptas no N.º 1. A estructura da camada papillar e sub-papillar é identica áquella que caracterisa as zonas claras da peça N.º 1. Reencontram se, principalmente ao nivel das partes superiores da camada papillar, todas as transições entre o œdema diffuso e a reacção inflammatoria, com predominancia dos mononucleares. Em fim existem tambem

aqui os infiltrados hemorrhagicos. O traço caracteristico dessa peça é que ella possue uma estructura identica aos œdemas inflammatorios chegados áquella phase onde os intersticios conjunctivos são distendidos *ad maximum* por um exsudado fibrinoso.

O tecido é comparavel ao dos botões carnosos em razão:

1.º dum numero consideravel de capillares com endothelio tumefactos immergidos num exsudado fibrinoso.

2.º da presença de alguns polynucleares e de mononucleares ainda mais numerosos nas vastas malhas limitadas pelas cellulas fixas anastomosiadas. Todavia não se constata nessa preparação a tendencia para a reorganisação do tecido. Os vasos sanguineos permanecem simplesmente constituidos por sua camada endothelial e não se observa, em parte nenhuma, a formação de feixes conjunctivos. Finalmente a peça N.º 2 differe da peça N.º 1 pelos dous caracteres seguintes: 1) ausencia da hypertrophia das columnas interpapillares, 2) predominancia extremamente marcada das lesões que caracterisam as zonas claras.

Em resumo, as peças examinadas possuem a estructura das excrescencias carnosas da reparação consecutiva á uma amputação, por exemplo das quaes, porém, differem pela coexistencia d'um œdema inflammatorio intenso. Por conseguinte não se trata de syphilis (ausencia de vascularidades acompanhadas de plasmones), nem tão pouco de tuberculose (ausencia de formações nodulares).

Pela sua estructura approximam-se as peças examinadas ás neoplasias inflammatorias exhuberantes banaes (staphilococcias) ou especificas: Pian: Verruga, Botryomycose.

Ellas distinguem-se com tudo das reacções inflammatorias banaes, pela falta da tendencia para suppurações. De facto não ha necrose de coagulação dos feixes conjunctivos nem polynucleose intensa acompanhada de leucocytose, nem reacção macrophagica marcada.

Ellas dintinguem-se igualmente das neoplasias inflammatorias especificas.

Nas preparações de Pian o alongamento das papillas é excessivo, na sua base existe un plasmom em quanto que seu apice é infiltrado de polynucleares neutrophilos. Nos cortes de Verruga peruviana observa-se um reticulo de cellulas fixas constituindo uma grade de malhas muito menos largas que as das peças examinadas.

Na botryomicose vê-se um botão central saliente separado por um sulco circular d'um annel papillomatoso peripherico. Entre tanto é certo que as peças examinadas oferecem certas analogias com á botryomycose humana.



Fig. 1. Übersichtsbild über einen Teil des Tumors bei schwacher Vergrösserung ([illegible]).

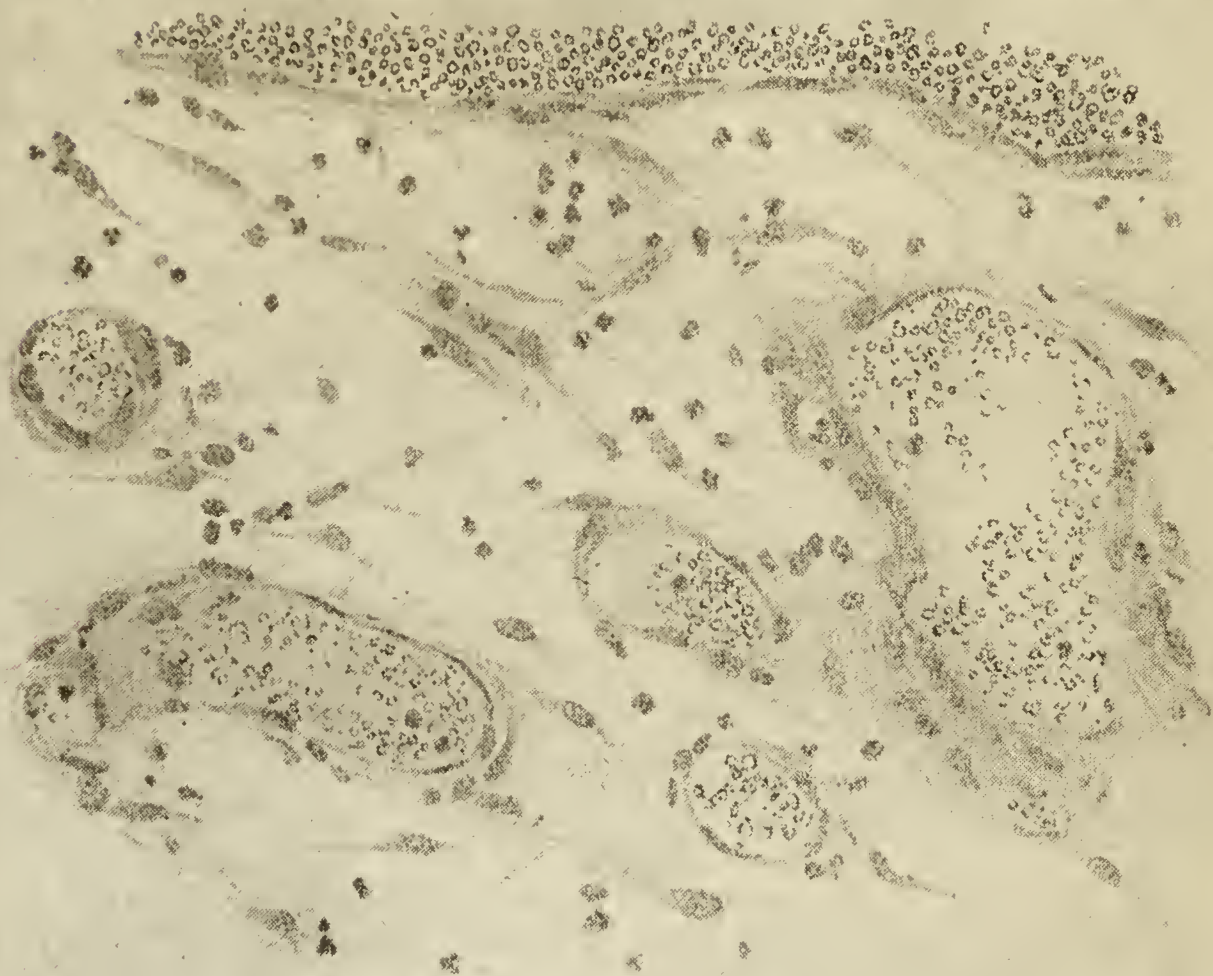


Fig. 2. Eine Stelle aus den tiefsten Partien des Tumors bei starker Vergrösserung ([illegible]).

Bacteriologia.

O exame bacteriologico revelou apenas microbios sem importancia, porém não bacillos de tuberculose nem tão pouco espirochaetes.

Infelizmente foram tambem infructiferas as minhas proprias investigações pessoaes emprehendidas com o fim de descobrir o germem especifico do Granuloma teleangiectodes. Embora effectuadas em condições extrinsecas mais favoraveis que as pesquisas dos senores Jeanselmi e Dominici, não obtive o resultado almejado.

Na superficie dos tumores exulcerados encontrei sempre os mais variados saphrophytas sem importancia para a pathogenese, entre elles frequentemente coccos intra-cellulares, nos tumores mesmo porém micro-organismo nenhum. Todas as investigações sobre a existencia de trypanosomas e espirochaetes, sugeridos por certas analogias clinicas da molestia em questão, com aquellas produzidas pelos micro-organismos recem mencionados, não deram resultado, embora usasse o methodo de Giemsa. Infructiferas foram tambem as minhas pesquizas sobre bacillos de Koch e outros micro-organismos acidophilos como por exemplo os bacillos que Nicolle e Letulle encontraram nos cortes de Verruga peruviana. A solução mordente de Zieler, tão preconisada para a demonstração de micro-organismos de difficil tincção, como igualmente os córantes de van Gieson e Weigert, foram entre muitos outros inutilmente ensaiados.

O agente especifico do Granuloma teleangiectodes está portanto por encontrar-se e reclama novas investigações.

Prophylaxia.

O Granuloma teleangiectodes (von Bassewitz) é a principal manifestação morbida d'uma molestia infectuosa geral, transmissivel por contacto directo e indirecto, podendo-se, porém, con relativa facilidade, evitar a contaminação. Uma vez conhecidos, como são, as principaes vias de emissão e de accesso do viro, resultam d'ahi dados ferteis em applicações practicas, que resumidas se acham expostos nos seguintes conselhos prophylacticos condensados; já plenamente confirmados pelo exito practico:

1.º Avisar ao doente e aos membros de sua familia da natureza contagiosa do mal.

2.º Observação da mais rigorosa limpeza sobre todas as suas fórmas como o mais util adjuvante da prophylaxia.

3.º Isolar e esterilisar frequentemente todos os objectos do uso pessoal dos enfermos.

4.º Applicação de penso antiseptico occlusivo a qualquer lesão de continuidade na superficie descoberta do corpo (protecção contra dipteros).

5.º Extirpação respectivamente destrucção radical de qualquer granuloma ou pelo menos protecção occlusiva dos mesmos (por meio de capsulas de celluloide etc.), a fim de evitar re-autoinoculações.

6.º Incineração do material usado nos curativos.

7.º Abstinencia de relações sexuaes, principalmente havendo granulomas assentes na proximidade dos orgãos sexuaes.

Therapeutica.

a) *Dietetica.*—A intitulada dieta antiscorbutica não tem influencia favoravel alguma sobre a evolução da molestia. Entretanto prohibo sempre aos meus enfermos o uso do charque e de outras substancias animaes conservadas. Prescrevo-lhes desde logo uma dieta mixta e roborante de facil assimilação em vista dos phenomenos anemicos que constantemente apresentam. Para corrigir o diminuido poder coagulativo do sangue, recommendo a ingestão frequente de alimentos ricos em gelatina como por exemplo, o mocotó, uma das comidas predilectas dos Rio Grandeses. Certas localisações do mal, como a buccal, exigem naturalmente prescripções dieteticas adequadas, devendo-se prohibir o uso de alimentos consistentes e irritantes. Interdir-se-á o uso de fumar, extrahindo-tambem dentes cariados que podem entreter a irritação local existente e occasionar lesões de continuidade equivalentes a novas portas de entrada para o viro granulomatoso. Pelas mesmas razões prohibo o uso da escova de dentes para a limpesa da cavidade buccal, mandando a substituir por tampões de algodão hydrophilo embebidos em agua oxygenada, o *nec plus ultra* dos antisepticos e desodorantes. Prescrevo ao mesmo tempo o uso de collutorios de permanganato de potassa a 1:2000, medicamento barato e um excellente corrector do incommodativo *foetor ex ore* que esses doentes exhalam.

b) *Tratamento local.*—A marcada tendencia desses tumores exquisitos para hemorrhagias profusas, e o permanente perigo de renovadas hetero e auto-infecções, alem dos outros multiplos inconvenientes que occasionam aos seus portadores, impõem ao medico o dever de destruil-os radicalmente. Pode-se obter esse desideratum por meio de

diversos processos therapeuticos locaes, que por conveniencia dividirei em methodos chimicos ou medicamentosos e cirurgicos. Nesse ultimo sentido parece-me o processo mais recommendavel a extirpação total dos granulomas hemorrhagiparos seguido da sutura inmediata da lesão restante, intervenção facil que deixa apenas uma pequena cicatriz linear quasi invisivel. Usando a anasthesia intersticial de Schleich, com addição de pequena quantidade de adrenalina ao liquido anasthesiante, temos ahi um processo therapeutico digno de encomios. Muito inferior lhe é a destruição dos granulomas por meio da cureta de Volkmann e o emprego do thermocauterio de Paquelin, intervenções summamente dolorosas e productoras de difformantes e indeleveis cicatrises que, especialmente em individuos de côr, possuem accentuada tendencia para a transformação em keloides. Outro processo therapeutico, muitas vezes empregado pelos proprios enfermos, é a ligadura dos granulomas pediculados, um meio infiel e perigoso em seus resultados, pois alem de reproduzirem-se em regra geral as neoplasias cahidas, são muito frequentes as hemorrhagias graves do pediculo.

Pouco digno de recommendação é igualmente o grande numero dos causticos chimicos a fim de destruir esses tumores.

Vi empregar o chloruro de zinco, a potassa caustica, o acido nitrico e o chromico, o nitrato acido de mercurio, o phenol e até o carbureto de calcio; sem excepção alguma mais ou menos dolorosos e até certo ponto inefficazes, quando applicados com insufficiente energia. Alem disso adhere a todos o inconveniente de serem difficilmente localisaveis, atacando não sómente o texido neoplasico como tambem o normal, dando lugar a formação de echarras extensas e ulceras de difficil cicatrisação.

Effeitos therapeuticos verdadeiramente sorprehendentes tenho, porém, colhido como emprego da Formalina. Da solução aquosa normal a 40 % que se encontra no commercio, injecto, por intermeio d'uma seringa de Lüer, algumas gottas intersticialmente, escolhendo a base respectivamente o pediculo do tumor. A instillação causa viva mais passageira dôr e origina o atrophiamento ou melhor dito a mumificação e queda consecutiva dos maiores granulomas dentro de 2 a 4 dias. Outro composto formalinado, o triformol ou paraformaldehyde polymerisado, utilisei com resultado igualmente satisfactorio para obter o desapparecimento dos granulomas miliares. Recorro para esse fim ao uso do collodium paraformico a 5 %, pincellando com elle os pequenos tumores, podendo assim ao mesmo tempo dispensar caros e volumosos pensos occlusivos, muitas vezes impossiveis de applicar.

Em resumo é o formol o melhor topico local, o agente medicamentoso mais efficaz que conheço para a cura dos granulomas teleangiectodes.

c) *Tratamento interno.*—A medicação interna é naturalmente apenas symptomatica. A administração de preparações hydrargiricas occasiona só agravações e prejuizos, salvo os raros casos onde existem simultaneamente manifestações syphiliticas e ainda mesmo assim deve-se proceder com muitas cautelas. Julgo-me autorisado a recommendar n'esses casos a applicação intramuscular ou endovenosa do Enesol ou do Hydrarg. jodokakodyl. de Fraise.

O jodureto de potassa foi por mim experimentado em doses altas, até 12 gr. p dia, sem que tivesse notado a menor influencia favoravel sobre a evolução da molestia, motivo pelo qual o abandonei. Resultados mais satisfactorios obtive com a administração do kakodylato de ferro que em doses de 5 a 10 ctg. 2 ou 3 vezes por dia foi perfeitamente tolerado, exercendo influencia manifestamente favoravel sobre a composição sanguinea.

A profunda asthenia e a phosphaturia que observei em muitos granulomatosos, levou-me a prescripção dos glycerophosphatos com ou sem a addição do Extracto de kola, parecendo-me dar resultados melhores ainda o Xarope de hypophosphitos de Fellows. Em certos casos, com especial tendencia para fortes e repetidas hemorrhagias, empreguei com apparente vantagem a injecção do Serum gelatinoso de Merk, em quanto que o uso interno da adrenalina se mostrou inefficaz.

CONCLUSÕES FINAES

A Granuloma teleangiectodes (von Bassewitz), molestia infectuosa geral, é uma entidade morbida nova, hetero e auto-inoculavel, com manifestações locaes typicas asymetricas e monomorphas, sendo a papula e o tumor fungoide hemorrhagiparo apenas graos de desenvolvimento do mesmo exanthema que só se manifesta nos tegumentos externos e nas mucosas, sendo os orgãos parenchymatosos e as serosas sempre respeitados. Esse morbo, cujo agente productor está ainda por encontrar-se, pertence bem como a Framboesia tropica, a Verruga peruviana e a Botryomycose humana (sive Granuloma teleangiectodes Küttner-Bennecke) ao grupo das neoplasias inflammatorias especificas, sendo, porém, molestia completamente autonoma, o que se infere de sua physiognomia clinica especial, evolução e histo-pathologia.

LITTERATURA

1904.—v. Bassewitz, E.—Revista Medica de S. Paulo, num. 18, P. 433.
1905.—» » »—Brasil Medico, num. 11, P. 101.
1906.—» » »—Archiv für Schiffs ünd Tropen Hygiene. Bd. X. S. 201.
1905.—Bem, Balthasar.—Esboço da geographia medica do Rio Grande do Sul. These inaugural. Porto Alegre.
1906.—Bennecke, H.—Archiv für Schiffs ünd Tropen Hygiene. Bd. X. S. 297.
» » »—Münchener Medizinische Wochenschriff. H. 32. S. 1553.
» —Jeanselme, E.—Bulletin de la Société de Médecine Tropicale de Paris. Octbr.
1905.—Plehn, A.—Mense, Handbuch der Tropenkrankheiten. Bd. II. S. 435. Leipzig.
1904.—Terra, F.—Brasil Medico, num. 42, P. 425.

Polyneurites escorbuticas

PELO

Dr. A. Austregesilo

Medico Alienista do Hospicio Nacional; Adjunto do Hospital da Misericordia; Membro titular da Academia Nacional de Medicina

---

O escorbuto não é uma molestia frequente no Brasil, nem nos climas quentes. Só anormalmente existem epidemias nos tropicos. A frequencia nota-se apenas nas habitações collectivas, como presidios e hospicios, isto mesmo com pouca intensidade a julgar entre nós pelos relatorios e publicações a respeito. No Hospicio Nacional onde executamos os nossos estudos, no Hospicio de Porto Alegre e no annexo ao Hospital S. João Baptista em Nictheroy tem sido verificado o escorbuto. Provavelmente em outros hospicios brasileiros deve haver a molestia, mas delles não temos relação. No Hospicio annexo ao Hospital S. João Baptista em Nictheroy, houve ha alguns annos forte epidemia segundo o relactorio do seu antigo director o Sr. Dr. Continentino.

A litteratura medica sobre o escorbuto entre nós é completamente escassa. Referencias feitas por Sigand («Climat et maladies du Brésil») dão demonstração da molestia rara em nosso paiz. Assim é que o autor assignala o desenvolvimento de epidemias em navios que serviam para o transporte de negros que vinham destinados ao Brasil em 1829; ou em navios que cruzavam ou paravam nos portos nacio-

naes, como na fragata «Euridice» 1836, e no navio «Imperatriz», 1838. Nas campanhas do Paraguay o escorbuto foi numerado entre as epidemias assolantes.

O professor João Paulo em 1882 publicou na «Gazeta Medica Brasileira» uma lição sobre o escorbuto baseado em um caso occurrente na clinica do Hospital da Misericordia.

O professor Domingos Freire apresenta uma nota sobre a natureza microbiana do escorbuto e pretende ter isolado o microbio da molestia nas gengivas de um doente.

O Dr. Enrico Villela: «Contribuição ao estudo do Escorbuto no Brasil» these do Rio 1905, defendeu em these inaugural, a proposito dos casos decorridos no Hospicio Nacional no meu serviço clinico.

Actualmente no Hospicio depois da salutar reforma que o pôz como um dos melhores do mundo, o escorbuto tem-se mostrado muitissimo raro. Occorrem no meu serviço 3 ou 4 casos por anno, isto é em um total de 300 alienados onde ha a classe dos chamados immundos (gatés), que é privativo da Secção Pinel a meu cargo.

Logo que tomei conta do serviço da Secção Pinel, no Hospicio Nacional, me impressionei com certos estados clinicos intercurrentes nos alienados, sobretudo nos deprimidos. Pude, não sem difficuldade, insular casos de polyneurite de origem não beriberica, como julguei a principio, mas de causa escorbutica.

As difficuldades appareceram pela falsa idéa que temos em geral do quadro clinico do escorbuto, que é molestia rara entre nós na clinica civil ou hospitalar. De facto, estamos habituados a considerar o escorbuto sómente pelo lado das lesões da bocca, isto é, pela gengivite caracteristica. Ora, nem sempre isto acontece. Ha casos, si bem que raros, em que as gengivas ficam indemnes, como acontece com os precocemente diagnosticados, como tive muitas vezes occasião de verificar, bem como quando a molestia ataca as creanças sem dentição realisada e os velhos que perderam os dentes.

Não me afasto muito da opinião dos auctores em acreditar ser o escorbuto uma molestia de inanição; apenas creio que esta causa não é univoca. Sabemos que uma alimentação defeituosa representa papel saliente na apparição da molestia; mas, ao que me parece não é tudo.

A humidade, a agglomeração influem consideravelmente como factores etiologicos, restando ainda a mesma e velha duvida si o escor-

buto é ou não uma infecção. Entre nós, no Hospicio Nacional, o escorbuto ataca de preferencia no inverno. O Dr. Enrico Villela, que escreveu sua these sobre o assumpto, demonstrou que a insufficiencia alimentar não é a causa exclusiva da molestia, porque sendo a comida a mesma nas secções Pinel e Calmeil, de preferencia o escorbuto ataca aquella, que é a mais humida, e que, além de superpovoada, contém maior numero de doentes em estado de depressão.

Em ambos os sexos e em varias idades temos visto o escorbuto no Hospicio sendo mais habitual nos adultos.

Em resumo: estados depressivos, alimentação insufficiente, humidade, temperatura baixa, ausencia de luz e agglomeração são as causas habituaes do desenvolvimento das pequenas epidemias de escorbuto do Hospicio Nacional. Os auctores julgam que a ausencia de vegetaes frescos (Lind) ou de saes de potassio (Garrod), a alimentação de conserva, possam produzir a molestia. Neste particular, penso como Leven que, «sem negar a utilidade dos vegetaes na alimentação habitual, não são elles indispensaveis para curar o escorbuto e que, qualquer que seja, a alimentação de bôa qualidade cura o escorbuto».

Varios auctores, como Babes, Sesti, Affanassieff, etc., descreveram germens especificos productores da molestia, mas os factos e as pesquizas dos observadores ainda não confirmaram esta maneira de vêr.

Em conclusão: intoxicação alimentar, infecção ou inanição, o escorbuto é uma molestia de manifestações somaticas varias, atacando os tecidos e as diversos apparelhos, dando syndromas muito variados, entre elles o syndroma polynevritico, que procuro aqui descrever.

O interesse dos casos permanece, porque a polynevrite escorbutica póde simular beriberi, sobretudo sendo a etiologia das duas molestias dubitativa.

O ataque do systema nervoso pelo escorbuto é um facto de observação clinica. As perturbações dos nervos periphericos não estão registradas em muitos livros que tratam desta molestia, como os de Festi, Leven, Litten, etc. A obra erronea de Devé, considerando o escorbuto dependente da malaria, tem qualquer cousa de util quando filia o beri-beri e o escorbuto á mesma causa.

É um absurdo com uma face util, porque muitas vezes as duas molestias podem prestar-se á confusão. Já tive occasião de justificar nesta Academia um erro de minhaparte, tendo tomado um escorbutico por um beri-berico.

Muitos auctores antigos, como van der Kreift, Reiche, Roggers, Wright, Hallemann, etc., acreditavam na identidade das duas molestias.

Ora, por estudos modernos, sabemos da independencia clinica das mesmas, podendo em certos momentos despertarem duvidas, que serão dissipadas por uma analyse mais acurada. A confusão póde ser maior quando existir epidemias concomitantes de beri-beri e escorbuto, como soe acontecer nos asylos, nas prisões e nos navios em longas viagens. A difficuldade pode tornar-se ainda maior quando o escorbuto tomar a fórma de uma polynevrite.

Na minha observação de mais de dous annos, pude verificar ser relativamente rara esta complicação. Para o lado do apparelho circulatorio ha verdadeira semelhança das perturbações descriptas no beriberi, taes como se encontram no trabalho do professor Almeida Magalhães e com as que eu e o Dr. Enrico Villela verificámos no escorbuto, mesmo sem *manifestação polynevritica.*

As perturbações nervosas sobrevindas no escorbuto são, ás vezes, assignaladas; basta lembrar que na ultima guerra russo-japoneza houve uma epidemia, diziam as noticias, «de um escorbuto com formas de beri-beri».

Pela concomitancia das duas molestias ou pela predominancia das perturbações nervosas é que justifico o erro de Le Roy de Mericourt, em dizer que no beri-beri a mucosa buccal pode apresentar as alterações proprias do escorbuto. É ainda por esta analogia ou concomitancia que justifico a discussão havida, ha bastante tempo, entre os professores Souza Lima e Teixeira Brandão sobre a natureza de uma epidemia de polynevrite havida no Hospicio Nacional.

É ainda pelas mesmas razões que Seiffert apresentou á «Berliner Gesellschaft des Charité Aerzte», em Fevereiro de 1900, um marinheiro, de 19 annos, que viajou durante 10 mezes seguidos pelo cabo de Bôa Esperança, Ragoon, Santos e Hamburgo, portador de phenomenos de escorbuto, taes como gengivite, dyspnéa, fraqueza geral e falta de appetite, tendo tido mais tarde paresia dolorosa dos membros inferiores.

Em Santos este doente foi considerado pelos medicos brasileiros como beri-berico, e, pelas perturbações nervosas apresentadas, é que Seiffert justificou o diagnostico feito pelos clinicos brasileiros.

Já tive occasião de citar na Academia a opinião de Dechambre, que, durante o cerco de Paris, vio alguns doentes atacados de escorbuto apresentarem symptomas de polynevrite muito semelhantes aos do beri-beri.

Max Schubert em uma revista publicada no «Zeitschrift für Klinische Medziin» sobre o beri-beri e o escorbuto reconhece tambem que a polynevrite é uma complicação rara do escorbuto.

Pitres e Vaillard, no «Tratado de Medicina» de Brouardel, falando das polynevrites, dizem que o escorbuto, raro hoje, tão commum e grave outr'ora, parece ser ainda um gerador de nevrites. Os mesmos auctores citam as opiniões de Lebret e Riget, que viram paralysias periphericas succederem-se ao escorbuto. Pitres e Vaillard citam a observação pessoal de um antigo escorbutico, que pouco tempo depois de curado, fôra acommettido de nevrite dos membros inferiores e conservava ainda, 7 annos depois, perturbações sensitivas, motoras e trophicas, cuja origem nevritica não poderia ser posta em duvida.

Max Schubert cita 3 doentes de escorbuto, de sua observação pessoal, em que havia perturbações da sensibilidade subjectiva e, objectivamente, paresia dos musculos innervados pelo tibial, do triceps, etc. Este auctor cita os factos assignalados por Nacht, em pescadores do alto mar, que eram atacados de uma affecção caracterisada por perturbações digestivas, ulteriormente por uma gengivite hemorrhagica, por paresia e paresthesia dos membros inferiores, echymomas das pernas, por um enfraquecimento progressivo do coração, podendo terminar pela morte.

Schubert ainda refere casos identicos observados por Van Lent, em pescadores do banco de New-Fawaland; e dizendo, de passagem que os marinheiros allemães vindos de Punta Arenas desembarcavam com o diagnostico de beri-beri, pergunta, si não seriam casos de escorbuto, pela cura rapida dos mesmos.

Demonstrado como ficou, quer pela minha observação clinica, quer pela opinião dos auctores, que o syndroma polynevritico póde complicar o escorbuto, vejamos o quadro clinico das mesmas polynevrites, segundo a minha maneira de pensar. Pelo que vi, podemos admittir duas ordens de polynevrites decurrentes do escorbuto:

1.º uma fórma que sobrevem mais precocemente, após os phenomenos agudos do escorbuto;

2.º uma fórma, em geral, tardia, paralytica pura, em regra, e sobrevindo sempre na convalescença do escorbuto, ou depois de cura apparente da molestia.

1.ª FÓRMA:—*Polynevrite escorbutica aguda* ou *hydropica.* Esta fórma *quoad vitam* é a mais grave, porque coincide sempre com os phenomenos agudos do escorbuto, e é mais semellante ao beri-beri.

O individuo apresenta-se com o quadro clinico do escorbuto, em regra com purpura, echymomas, acne escorbutica, ou com ou sem inflammação das gengivas. Ha dyspnéa, edema, falta de appetite, fraqueza geral, pallidez acompahada de côr baça da face e tonalidade levemente bronzeada dos membros, na parte exposta ao sol. Para o lado da sensibilidade, ha hyperesthesia ou hypoesthesia, com myalgia concomitante, sobretudo nos membros inferiores, com ou sem dormencia; perturbações electricas não muito precoces. Os reflexos começam exaggerados e persistem assim durante algum tempo e este signal, segundo penso, é de grande importancia para distincção do beriberi, em que os reflexos tendinosos são mais precocementes abolidos. Ha equinismo varo. A marcha apresenta escarvamento. O coração fica augmentado para o lado direito com o sôpro systolico (cardiopulmonar e anemico), hyperphonése do tom pulmonar, desdobramento da 1.ª e 2.ª bulhas muito frequente; rythmo de galope, com predominancia direita.

Faço notar aqui que além do galope de predominancia direita, ha desdobramento da 1.ª bulha. Pulso de fraca pressão, celere e ás vezes frequente. D'estes casos um só teve exito lethal; os outros curaram-se pelo tratamento apropriado. Esta fórma é mais grave que a outra pelos phenomenos alarmantes que ameaçam a vida.

Dou á observação a baixo de um caso caracteristico:

D. Igl. (Março de 1906).—Não sei ao certo a data em que se manifestou a molestia, porque se trata de um demente; entretanto en 24 de Fevereiro de 1906, foi-me apresentado o doente tendo dyspnéa, tachycardia, difficuldade na marcha, edema nos membros inferiores. Pela inspecção geral offerecia o aspecto de um enfraquecido; pityriase versicolor no pescoço, acne nas costas, petechias nos membros inferiores de caracter escorbustico, com echymoma no concavo poplitêo esquerdo. Havia nos membros inferiores, além de purpura de pequena dimensão, tambem acne escorbutica; o edema que era generalisado, mais se accentuava nos membros inferiores. Edema pronunciado na bolsa escrotal. *Não apresentava lesões para o lado das gengivas.* O doente escarvava (*steppage*) e não apresentava o signal de Romberg.

Reflexos.—Nos primeiros dias do exame os reflexos estavam exaggerados e ficaram presentes durante ao menos uma quinzena. Depois os reflexos patellares ficaram diminuidos. Anesthesia nos membros inferiores e hypoesthesia nos outros membros.

Não é facil a pesquiza da sensibilidade nos alienados; mas, neste caso, pude verifical-a pela nulla defesa dos membros inferiores e

nulla defesa do reflexo pupillar, que só se apresentava quando a pesquiza era feita na face ou na parte superior do thronco. Exame electricto não póde ser feito.

O exame das fezes revelou a presença de ovulos de uncinaria. Para o lado do coração desdobramento da 1.ª e 2.ª bulnas; hyperphonése pulmonar. Este doente foi removido para as Colonias de Alienados na Ilhado Governador, com o fim de melhorar, tendo de facto melhorado muito; a familia o retirou do serviço para tratar-se da molestia intercurrente.

Fóra do manicomio conseguiu illudir a vigilancia, e comeu um cacho de bananas, sendo novamente trazido para o Hospicio e ahi falleceu. Não foi possivel a autopsia, por causa do enterro exigido.

Este caso é typico: 1.º porque os syntomas de polynevrite coincidiam com os do escorbuto, dando o typo perfeito da 1.ª forma assignalada; 2.º porque é a forma que mais se confunde com o beri-beri, e se não fosse abuso de nomenclatura poderia chamal-a *pseudo-beriberica.*

Desta fórma, que eu tratei aqui, provavelmente pertencem todos esses casos que os auctores mencionam, tomando o beri-beri e o escorbuto como a mesma molestia, e mais o caso acima, de Seiffert, apresentando á Sociedade de Medicina de Berlim como de escorbuto e diagnosticado em Santos como beriberi; bem como os casos de Schubert, de Van Lent. O nosso doente já tinha tido um ataque de escorbuto.

2.ª FÓRMA:—*Fórma paralytica simples, ou melhor, post-escorbutica.* É uma polynevitre final do escorbuto, como apparece em muitas afecções, principalmente na diphteria, febre typhoide, infecção puerperal, etc. Esta forma parece ser mais frequente, pelo menos é o que tenho observado no Hospicio Nacional. O doente apresenta o quadro clinico mais ou menos completo do escorbuto, e quando todos os phenomenos vão se amainando ou desapparecem, sobrevem os symptomas de polynevrite, sem edema, com um certo grão de atrophia muscular.

Esta fórma é tambem relativamente benigna *quoad vitam,* um pouco mais rebelde para a cura, porque o paciente em geral é um deprimido e se acha mais enfraquecido pelo ataque do escorbuto; torna-se por isso a cura mais demorada.

Destes casos tenho varias observações, das quaes destaco a seguinte:

L. M. de L., 32 annos, brasileiro, lavrador, solteiro, branco, deu entrada no Hospicio a 16 de Maio de 1906. Teve blenorrhagia aos

23 annos. Estado de depressão mental. Durante a pequena epidemia de escorbuto deste anno (1906) foi atacado pela molestia, com os phenomenos conhecidos da mezma.

Depois de sarar, graças ás lavagens sanguineas com o sôro isotonico, mudando de regimen alimentar, etc., sobrevieram phenomenos muito manifestos de polynevrite, com impossibilidade da marcha, da posição de pé e grande enfraquecimento, com atrophia muscular predominando nos membros inferiores. Reflexos rotulianos e plantares abolidos. Zonas de anesthesia para o lado, da sensibilidade, sobretudo dolorosa, mais predominando nos membros inferiores. Lingua saburrosa e tremula. Hyperphonése pulmonar e ás vezes desdobramento da 2.ª bulha. Examinadas as fézes, havia ovulos de uncinaria, como tenho verificado em quasi todos os internados do Hospicio. O paciente apresentava, além de phenomenos de polynevrite, uma retracção tendinosa da perna direita em consequencia do echymoma escorbutico da região poplitéa. Pulso fraco: 74 batimentos. Foi transferido para a *sala Leyden*, isto é, de cura pela super-alimentação.

Entrou a 16 de Julho com 22 kilos e 900 grammas e apresenta actualmente 43 kilos e 900 grammas (11 de Agosto). Está em uso de electricidade faradica, correntes muito fracas e massagem.

Os musculos e os nervos não respondem á excitação faradica. R. D. de Erb.

Actualmente (Novembro) se acha muito melhor.

DIAGNOSTICO.

Comprehendemos a difficuldade do diagnostico do syndroma polynevritico quando complica o escorbuto, porque já de si esta molestia ás vezes apresenta difficultades de diagnostico com o beri-beri. Os principaes elementos diagnosticos que encontrei são os seguintes: 1.º O escorbuto quando é complicado de polynevrite não perde a sua physionomia clinica, com a suas lesões para o lado da pelle, echymoses, echymomas, purpura, edema, ulite, etc., no beri-beri não ha nada disso. 2.º Os reflexos patellares (considero este facto de grande importancia) são mais tardiamente atacados no escorbutico do que no beri-beri, mesmo na fórma polynevritica. 3.º A curabilidade do escorbuto é mais facil do que a do beri-beri. 4.º Em regra a epidemia de escorbuto ataca os hospicios e as prisões, como o beri-beri, e com certo criterio podemos separar as epidemias de beri-beri e escorbuto no mesmo estabelecimento, pelo regimen e pelo tratamento.

5.º Quando um individuo com o beri-beri apresentar symptomas escorbuticos deve-se fazer o diagnostico da segunda molestia. Resta-nos uma questão, a saber: si se trata da associação das duas molestias.

Não creio, porque, pelo que observei, os phenomenos escorbuticos precedem sempre os polynevriticos, o que quer dizer que quasi sempre é a polynevrite que vem complicar o quadro symptomatico do escorbuto.

Com a forma paralytica simples ou post-escorbutica o diagnostico é muito mais facil, pela precedencia muito anterior da molestia, apresentando caracter de chronicidade e sobrevindo na convalescença.

Marcha e prognostico.

O prognostico é ás vezes serio, porém não desfavoravel, pelos raros casos de morte, no meu serviço. A marcha é chronica, em qualquer das duas fórmas, parecendo mais rebelde á fórma de convalescença ou post-escorbutica, que apresenta entretanto, menos perigo de vida que a primeira fórma aguda ou sub-aguda.

Tratamento.

Não querendo repetir o que está escripto nos auctores vou mencionar a medicação por mim empregada no serviço. O melhor tratamento para a infecção ou intoxicação (porque não sei ao certo) escorbutica consiste na lavagem do sangue, ou no uso constante de sôro isotonico.

Eis como sempre procedo, segundo a necesidade. Em primeiro logar, faço uma sangria de 300 grammas e injecto 300 grammas de sôro, 2 dias depois 500 grammas de sôro isotonico e assim por diante. Para as lesões das gengivas, colluctorio de formol diluido em agua 30 °/₀, varias vezes ao dia.

Impôe-se em primeiro logar o uso de dieta especial rica em albuminoides e vegetaes. Prescrevo quasi sempre a seguinte poção de quassia:

Infuso de quassia	300 grammas
Per-chloreto de ferro	3 »

Dose: 1 colher de sopa ás refeições.

Si a fórma polynevritica se accentuar, internamente, 3 a 5 milligrs. de estrychnina por dia, massagem, duchas frias; electricidade faradica, corrente fraca; electricidade galvanica, quando ha atrophia muscular.

PROPHYLAXIA.

A prophylaxia consiste em evitar em primeiro logar a agglomeração, a humidade e uma alimentação pobre e uniforme. Si bem que não esteja provado o contagio, contudo devemos separar os doentes, como faço, destinando uma sala aparte para elle.

CONCLUSÕES

O escorbuto pode apresentar difficuldade diagnostica com o beri-beri. Esta dificuldade é maior quando o escorbuto se complica de polynevrite.

No syndroma polynevritico escorbutico, destaco duas formas:

1.ª Aguda, sub-aguda ou hydropica, parecendo-se con o beri-beri mas conservando os caracteres geraes de escorbuto.

2.ª Fórma post-escorbutica de convalescença, atrophica, de caracter chronico e de cura mais rebelde.

Contribuição ao estudo da hydrotherapia nas psychoses

PELO

Dr. Gustavo Armbrust

Director do serviço hydrotherapico do Hospicio Nacional de Alienados do Rio de Janeiro

A hydrotherapia, este grande methodo therapeutico cujo valo scientifico é hoje reconhecido pelas maiores summidades medicas e que nas mãos do illustre Wmternitz tornou-se quasi um especifico nas molestias agudas infectuosas, ainda é infelizmente bem pouco explorada nas psychoses.

Menospresada em alguns paizes, tratada com discredito em outros, não admira que a na psychiatria hydrotherapia ainda não tivesse adquirido fóros de cidade.

Não vae longe o tempo em que a hydrotherapia era empregada nos hospicios simplesmente com fim hygienico e ainda hoje a não ser nos

grandes manicomios da Allemanha, Austria, França e Estados Unidos, ella é apenas mencionada, quando se trata de combater um ou outro symptoma isolado. Fallar, portanto, de uma hydrotherapia nos alienados, empregal-a como methodo therapeutico, collocal-a em um plano pelo menos igual ao dos outros processos de cura, pode a muita gente parecer ousadia.

Foi Kraepelin, o grande psichiatra allemão, o primeiro que, neste ramo tão interessante da pathologia, collocou a hydrotherapia sobre um pedestal scientifico, é elle o seu maior propagandista, é tambem nas suas mãos que elle tem dado resultados verdadeiramente maravilhosos.

Estes successos verificados de visu por psyshiatras que visitaram a clinica de Heidelberg não deixaram de produzir o effeito desejado. É assim que o Dr. Juliano Moreira, director do Hospicio Nacional e um dois mais eminentes psychiatras brasileiros, convencido pelo que vira na clinica de Kraepelin, ampliou consideravelmente o tratamento pela hydrotherapia cabendo a nós a honra de ter sido o primeiro interno nomeado para dirigir o serviço hydrotherapico da Secção Pinial, onde trabalhamos sob a direcção do distincto e talentoso clinico Dr. Antonio Austregesilo.

Acha-se portanto apparelhado o nosso Hospicio para prodigalisar aos doentes os innumeros beneficios que fornece este incomparavel agente therapeutico.

Apezar dos esforços de Kraepelin e de alguns dos seus adeptos é triste confessar que poucos são os manicomios em que a hydrotherapia é manipulada com a attenção e o cuidado que merece um methodo therapeutico de tão subido valor.

Esta desidia é sem duvida em parte, devida aos conhecimientos imperfeitos que grande numero de alienistas, aliás de reconhecido merito, possuem da hydrotherapia.

Basta lembrar a critica injusta e ridicula que fez o Prof. Christiano de Pariz, no Congresso de Reims de 1905, ao banho quente permanente, applicação de tão extraordinarios effeitos, que na abalizada opiniaõ do Prof. Kraepelin produziu, por assim dizer, uma verdadeira revoluçaõ na secção de agitados e que no dizer do jovem Prof. Afranio Peixoto, uma das figuras mais proeminentes da nossa Faculdade, é o especifico da agitação, como o mercurio o é da syphilis e a quinina do impaludismo.

É verdade que na França a hydrotherapia, como aliás os autros agentes physicos, não progrede da mesma maneira que na Allemanha e na Austria.

Em muitos manicomios da Europa, a hydrotherapia é apenas empregada sob a forma de banhos quentes ou mornos, applicações que não demandam conhecimentos especiaes do assumpto, bastante em certo numero de empregados, com robustez e brutalidades sufficientes, para vencerem a resistencia que algum pobre insano possa oppor, a este modesto tratamento...

Ora, não dispondo os manicomios de medicos especialistas neste ramo da therapeutica, está claro que o methodo hydriatico não poderá nelles ser applicado em larga escala e sob suas mutiplas formas.

Ha é verdade, uma condição de ordem psychologica que muito tem contribuido para desviar da hydrotherapia a attenção dos alienistas é o embaraço em que se acha a psychiatria, para explicar a pathogenia de diversas psychoses; nem ao menos sabemos o que provoca a agitação ou a depressão.

«Si, diz Thomsen, [1] fosse possivel filiar a mania a uma hyperhemia e a melancolia a uma anemia do cerebro, tornar-se-hia facil applicar a hydrotherapia com base physiologica; entretanto, esta hypothese embora plausivel, não repouza sobre base muito solida.

Partindo d'este principio, poder se-hia de facto encontrar uma explicação para o despreso dos psychiatras pela hydrotherapia; entretanto o que se observa é que a maioria dos alienistas só conhecendo os banhos tepidos e quentes empregam-nos tanto nos casos de excitação como de depressão e até de estupor (Krafft, Ebbnig, Schule). Outras applicações taes como envoltuarios, eram por elles usados de modo erroneo [2] e até em casos em que havia contraindicação. [3] Passemos em revista os banhos quentes e os envoltuarios humidos. Os banhos quentes podem ser curtos, isto é de 1 a 6 horas, ou demorados podendo-se prolongar durante dias e mesmo mezes. Os banhos quentes foram pela 1.ª vez empregados por Brierre de Boismont [5] em 1846 na mania aguda e na melancolia, aliás com optimos resultados.

Este methodo foi mais tarde adoptado na Allemanha e tornou-se popular graças a Beyer, [6] Abter, [7] Würth, [8] Thomser, [9] e sobretudo Kraepelin. [10] O banho quente a 34 ou 35°, ecellente hypnotico (Peterson), [11] era antigamente empregado a noite com o fim sesativo durante 1 a 2 horas nos casos de hysteria, insomnia, e agitação e seguido de fricção au affusão (Emminghaus [12] Tinhelburg [13]). Estes banhos quentes eram tambem empregados com bons resultados em doentes agitados, juntamente com compressas frias ou bexiga de gelo sobre a cabeça.

Antigamente temia-se prolongar demasiadamente o banho, com receio de accidentes cardiacos (Morel).

Foi entretanto nas mãos de Kraepelin, que este methodo attingiu a seu maximo de perfeição. Este autor notando que os doentes no banho se acalmavam, se alimentavam e dormiam, começou a prolongar os banhos durante dias apenas levando o doente para o leito durante a noite. Deixando igualmente de observar os accidentes que tanto temiam os auctores antigos prolongou mais e mais os banhos chegando a deixar os doentes durante muitos mezes na agua, dia e noite.

O banho é dado na temperatura de 33 á 34°, a agua conserva-se na banheira em temperatura fixa graças a misturadores e torneiras de accesso e expulsão da agua.

As banheiras devem ser de metal esmaltado com bordas arredondadas afim de evitar os traumatismos. Os doentes devem naturalmente ser submettidos a uma vigilancia constante apezar d'elles se habituarem ao banho permanente com mais facilidade do que supporia a priori. Demais, quasi todos evitam mesmo sujar a agua do banho e pedem para ser conduzidos ao water closet.

Os alimentos são dados no banho, devendo a alimentação ser substancial; o appetite é em geral excellente e a nutrição se faz de modo satisfatorio como prova o augmento de pezo. Citemos os 4 casos seguintes observados por nós no serviço hydrotherapico da Secção Pinel a nosso cargo quando fomos interno do Hospicio Nacional de Alienados.

L. T., 30 annos, paralysia geral; tratamento por meio de banhos quentes demorados iniciados no dia 22 de dezembro de 1905. Peso $60.^{800}$. No dia 1 de março o doente pesava $64.^{500}$.

P. R., 34 annos, alcoolismo, tratamento por meio de banhos quentes demorados iniciado no dia 9 de fevereiro de 1906. Peso $66.^{100}$ grs. Dia 30 de março $67.^{700}$ grs.

T. C., 21 annos, demencia precoce. Tratamento por meio de banhos quentes demorados iniciado no dia 10 de fevereiro de 1906. Peso $62.^{500}$ grs. Dia 4 de abril, 1906 $64.^{500}$.

G. G., 35 annos, alcoolismo. Tratamento por meio de banhos quentes demorados iniciados no dia 7 de fevereiro 1906. Peso $60.^{800}$. Dia 18 de março 1906, peso $63.^{900}$; o tempo maximo que os nossos doentes permaneceram no banho, foi 36 horas.

Durante a noite os doentes dormem com a cabeça apoiada sobre um travesseiro de borracha.

Até hoje nenhum tratamento produziu resultados tão extraordinarios na agitação dos alienados como o methodo dos banhos quentes permanentes (Adolf Gross, [14] Stem [15]).

Este methodo é largamente empregado no Hospicio Nacional de Alienados, onde só na secção Pinel, foram administrados mais de 1,500 banhos demorados durante o tempo em que este serviço esteve a nosso cargo, isto é, cerca de 1 anno.

Este tratamento é digno de ser ensaiado ou imitado por todos aquelles que ainda não tiveram opportunidade de testemunhar os seus maravilhosos effeitos.

É especialmente nos maniacos, paralyticos e catatonicos agitados, que se colhem os melhores resultados; nos maniacos, diz Alter [16] os banhos permanentes exercem uma acção verdadeiramente especifica.

Nos banhos os doentes tornam-se calmos, o somno se installa e o appetite se restabelece.

Sob a acção sedativa da agua quente, em uma sala clara, alegre e bem ventilada, gozando de uma liberdade relativa e fora da acção coercitiva dos guardas, os doentes experimentam um certo bem estar, as vociferações, os insultos tornan-se mais e mais raros, um como quetorpor se apodera do organismo, os membros tornam-se flacidos, a cabeça reclina sobre o travisseiro e um somno calmo e reparador se installa.

Sob a acção deste tratamento, volta o vigor, dessapparece a insomnia, o appetite se restabelesse e o peso augmenta.

D'est'arte foram supprimidos completamente os instrumentos de contenção: os utensilios de folha, papelão e borracha, foram igualmente eliminados e as proprias telas que até bem pouco tempo eram collocadas sobre as banheiras com o fim de manter os doentes no banho, digo dexaram de existir na nossa secção. Os guardas começam a comprenher o valor therapeutico dos banhos e, mantidos por un regimen desciplinar severo tratam os doentes com delicadeza e brandura os quaes aliás se submettem em geral qual ao tratamento com muita facilidade; ja não ha mais quartos fortes, as portas das enfermarias se conservam abertas tanto durante o dia como a noite e o hospicio vai pouco a pouco adquirindo as feições de um hospital commum.

Uma outra applicação hydriatica de grande valor, é sem duvida o involtorio humido. Quanto a sua technica, ha divergencia entre os autores. Wintermitr-e Knecht [17] mergulham o lençol em agua completamente fria; Svetlin em agua a 18 ou 20°; Zicheu [18] e Sauder [19] em agua tepida e Alter [20] em agua a 26 ou 28°.

Somos de opinião que o lençol deve ser embebido em agua bem fria e quanto mais baixa for a temperatura, tanto mais rapido será o rea-

quecimento e portanto mais prompta a reacção. Eis como se procede.

Toma-se um lençol, mergulha-se em agua bem fria, torce-se e envolve-se n'elle o doente completamente despido: si os pés estiverem quentes poderão ser envolvidos no lençol; no caso contrario deverão ser friccionados, podendo-se mesmo collocar botijas quentes ao redor d'elles, si se conservarem frios ou cyanoticos.

Si quizermos obter effeitos sedativos, não devemos conservar o envoltorio até o apparecimento da transpiração, o qual se observa pela diminuição da frequencia do pulso que pode ser verificado na carotida ou na temporal. Si a reacção for normal bastarão 3/4 de hora até 1 1/2 hora. Após o envoltorio, segue-se uma applicação geral, banho de immersão simicupio ou fricção com o duplo fim de tonificar os vasos relaxados e de tirar o calor accumulado na pelle.

São diversos os effeitos therapeuticos dos banhos demorados e dos involtorios. Temos em primeiro logar a acção sensativa a hypinotica. Esta acção já foi demonstrada no que se refere aos banhos permanentes: ella é igualmente verdadeira quanto aos envoltorios.

Citemos exemplos:

F. C , 21 annos, demencia precoce, agitação e insomnia. Do dia 18 de fevereiro até 1 de abril de 1906 foram applicados involtorios humidos, dormia na media 10 horas por noite.

J. M. C., 27 annos, demencia precoce, insomnia; applicação do envoltorio humido de 18 de fevereiro até 12 de março de 1906; dormiu na media 9 horas por noite.

Alem da acção sedativa e hypinotica os banhos e envoltorios dimimuen o numero de pulsações e tornam a respiração mais profunda e mais prolongauda.

Maximiliau Schüler [21] notou ainda sob o effeito destas applicações, uma contração prolongada dos vasos da pia mater.

Poderiamos ainda mencionar a eliminação pela pelle, de substancias toxicas, que se observa sobretudo com o emprego dos involtorios humidos.

A hydrotherapia comquanto de effeito menos estrepitosos, dá egualmente bons resultados nos estados melancolicos.

N'estes casos, em virtude de reacção incompleta ou defeituosa, a technica torna-se mais delicada.

E de facto, é mister levar muito em conta esta circumstancia sem o que, o tratamento pode dexar de surtir o effeito desejado.

É por este motivo que os especialistas recommendam, antes de tudo, as loções parciaes, seguidas de fricção energica.

Esta applicação é feita do seguinte modo: despido o doente, lavam-se com uma toalha mergulhada em agua fria e em seguida torcida, as diversas partes do corpo, as quaes são submetidas a uma fricção rapida e energica.

J. Ladger [22] é de opinião que o doente deve em seguida caminhar apressadamente, com o fim de facilitar a reacção. O tratamento hydriathico dos melancolicos é mais ou menos o seguinte: [23] Pela manhã, e se possivel for á tarde, uma loção parcial com agua a 8 ou 10°. A tarde, a loção poderá ser substituido por uma rapida fricção durante 2 a 5 minutos. Quando a pelle começa a se habituar a applicação fria, isto é, quando ella começa a reagir melhor, o que soe acontecer no fim de 14 dias, pode-se fazer preceder a loção de um envoltorio humido o qual deverá ser retirado desde o momento em que o lençol esteja aquecido, a esta applicação previa tem por fim, aquecendo a pelle, augmentar o effeito da loção parcial.

Ha ainda como complemento do tratamento geral, applicações locaes; na nymphomania e no priapismo por exemplo: dão optimos resultados os banhos de assento de 18 a 20° administrados á noite durante 1/2 a 1 hora.

Para combater a constipação do ventre tão commum nos alienados, ha 2 processos: os das grandes lavagens intestinaes e o dos pequenhos clysteres de agua bem fria.

A ducha fria tem tambem indicação, porém a sua manipulação exige certos cuidados. É assim que a ducha deve ser pouco demorada (2 a 3 minutos) e bem fria, com o fim de activar a reacção.

A ducha nunca deve ser dirigida directamente contra a cabeça; fraca no thorax e nuca, a sua energia deve fazer-se sentir sobretudo na columna vertebral e nos membros inferiores.

O banho frio tem grande reputação no delirium tremens febril.

Fereal em 1877 foi um dos primeiros a empregal-o sempre com grande successo.

Este methodo foi mais tarde empregado por Legendre, Raussau Barth, Letulle [24], Antoaune e Sainton [25] e todos são unanimes em affirmar a sua extrema efficacia.

Letulle chega mesmo a dizer que de todos os tratamentos empregados no delirium tremens, aquelle que melhores resultados tem dado é o methodo de Brand.

Elle recommenda os banhos de 18° durante 10 a 15 minutos com

affusões na cabeça repetidas de 2 ou de 3 em 3 horas conforme a gravidade do caso até o desapparecimento do delirio e da hypothermia. Letulle conseguiu por este processo curar rapidamente 2 doentes, cujo prognostico era excessivamente sombrio.

Este methodo therapeutico ja havia sido empregado na Allemanha com brillante successo pelo senhor Raduis e seu discipulo Zenker [26], por Saloant [27] e Rosi. [28]

Consiste elle conforme já dissemos em administrar un banho de 18º c. durante 10 á 15 minutos todas as vezes que a timperatura rectal ultrapassar 39º. Será conveniente elevar a temperatura da agua a 26 ou 28, si houver asthenia cardio vascular. Durante o banho deve-se continuamento affusões bem frias sobre a cabeça será opportuno tambem administrar bebidas quentes como estimulantes.

Terminado o banho, é o doente envolvido em un cobertor de flanella, levado para o leito e submettido a uma energica fricção. No fim de meia hora mais ou menos manifesta se abundante transpiração e o doente cahe em profundo somno.

Após algunos banhos ja se observam melhoras sensiveis; os accessos desapparecem e a convalescencia segue sua marcha natural.

Nos casos benignos, ou quando a temperatura se mantem abaixo de 39º, são sufficientes os banhos tepidos, os quaes deverão tambem ser reservados para os casos em que sejam contraindicados os banhos frios, isto é quando houver graves complicações cardiacas, myocardete, arterio esclerose, endopericardite, etc.

BIBLIOGRAPHIA

1. Thomsen—Die Anwendung dei Hydrotherapie und Balneotherapie bei psychisescher Erkrankungen.

Allgemeine Zeitschrift für Psychiatrie. Vol. 55 pg. 721.

2. Friedrich Roechling—Ueber die Wirkung nasser Einwickelungen bei den mit Stupo behafteten melancholikem. These de Bom 1876.

3. Wilhelm Svetlin—Ueber den Wert hydriatischer Einwickelungen in maniakalischen. Erregunszustäden Leidesdorf. Psychiatrisele Studien.

4. W. Alter—Versuche mit zellenloser Behandlung und hydropatischem Massnahmen. Centralblatt für Nervenheilkunde und Psychiatrie. Março 1902.

Idem—Zur Hydrotherapie bei Psychosem. Centralblatt für Nervenheilkunde und Psychiatrie. Março 1903.

5. Bulletin de l'Academie de Médécine 1846.

6. Beyer—Die Anwendung der Dauerbäder bei Geisteskrankem. Centralblatt für Nervenheilkunde und Psychyatrie. Janeiro 1899.

7. Alter, loc. cit.

8. Wurth—Das Dauerbad und seine Erfolge Allgemeine Zeitschrift für Psychiatrie, Vol. LIX.

9. Tomsen, loc. cit.

10. Kraepelin—Die Heidelberger Wachtabteilung für unruhige Kranke. Centralblatt für newenheilkunde und Psychiatrie. Dezember 1901.
11. Peterson—American Journal of the medical Sciences. Fevereiro 1893.
12. Emminghaus—Behandiung des Irreseins, Pentzoldt Stintzing Handbuch der speziellen Terapie.
13. Finhelburg—Allgemeine Zeitschrift für Psychiatrie, Vol. XXI.
14. Gross—Zur Behandlung akuter Erregungszustaude Allgemeine Zeitschrift für Psychiatri e Vol. 56.
15. Jteni—Über Bäder in Anstaltem für Geisteskranke Psychiatriatrische neurologisches, Wochenschrift 1901 núm. 1.
16. W. Aller, loc cit.
17. Knecht—Ueber die Anwendung feuchter Einpackungen bei Psychosen. Psychologisch neurologisch Wochenschrift 1903 núm. 22.
18. Ziehen—Behandlung der einzelnen Formen des Irresein. Pentzoldt Stintzing Handbuch 5.º Vol.
19. Zur—Bebandlurg der akuteu Erregungszustände Psychiatrisch Wochenschrift 1901 núm. 36.
20. W. Alter—Ueber die Anwendung feuchter Einpackungeu 1903 núm. 27.
21. Maximilian Schüler—Experimental studien über die Veränderungen der Gehirngefässe unter den Einflusse ausserer Wasserapplicationen. Deutsches Archiv für Klin Medizin 14 Vol. 1874 pg. 566 a 608.
22. J. Sadger—Die Hydriolik der Psychosen Centralblatt für Nerwenheilkund und Psychiatrie November 1905.
23. J. Saudger, loc cit.
24. Letulle—Presse médicale 11 Janeiro 1896 e 1899 núm. 15.
25. Anteorne e Saintau—Revue de thérapeutique 15 Setembro 1899.
26. Zeker—Beiträge zur Lehre des delirium tremens potatorun. Deutsches Archiv für klin medizin 1880, 25 vol. pg. 466.
27. Salvant—Kaltwasserbehandlung des febrilen delirium tremens. Centralblatt für die gesarumte Therapie 1903.
28. Rose—Delirium tremens und Delirium traumaticum Deutsche chirurgie, pg. 135.

Nota sobre a resistencia globular do sangue normal do homem no Rio de Janeiro

POR EL

Dr. Rodolfo de Abreu Fialho

ex-Assistente interino de clínica Propedéutica (Río de Janeiro)

A questão da resistencia globular tem uma origem muito nitida na observação de Johann Duncam, em 1867, patenteando que as hematias, na chlorose, perdem a materia corante n'uma solução

salina em que a conservam ainda os globulos do sangue de individuo normal. Os documentos que no assumpto se foram accumulando, desde essa epoca até nossos dias, têm servido para comprovar o interesse real que domina esse capitulo da hematologia, já quando se applica, por assim dizer, á pathologia inteira, já, sobretudo, quando se relaciona com aquellas molestias que trazem as anemias no seu cortejo. Na verdade, é na indagação da pathogenia d'estas, que a resistencia globular não pode ser esquecida, como elemento valioso de uma rasoavel interpretação. Saber até que ponto as condições peculiares aos globulos explicam a sua vulnerabilidade, é uma das questões primordiaes, no objectivo de serem desvendadas as condições mais intimas do phenomeno. Entretanto, é pouco o que ha feito n'esse sentido, principalmente na pathologia dos climas quentes, que mais de perto nos interessa, e onde sempre a anemia preoccupou a attenção dos observadores. Haja vista o que se canhece a respeito no impaludismo e na ankylostomiase, duas especies nosologicas em que a desglobulisação domina, sendo que na ultima condensa o que ha de mais interessante no quadro da molestia. Na malaria, são varias as pesquizas, visando explicar o mechanismo da anemia, e, no emtanto, são raros os dados que se referem á sua resistencia globular. Viola [1] affirma que existe diminuição da resistencia durante as crises febris, e augmento nos intervallos, após uma serie de accessos. Stephens e Christophers [2] consignam a grande baixa da resistencia. As pesquizas d'estes ultimos limitaram-se tão somente a dous casos, o que evidentemente é pouco. No tocante á ankylostomiase, é ainda mais consideravel a pobreza das investigações. Apenas na monographia de Calmette e Breton [3] são deixadas entrever, como provas de diminuição de resistencia, as alterações morphologicas rapidas no sangue fresco e as intensas impregnações pelas materias corantes. Em duas vezes que examinámos sangue de ankylostomiado, encontrámos franca diminuição. Ocorre aqui referir o observado pelo doutor Mac-Dowell, [4] quando procedia ás pesquizas para seu trabalho inaugural: os globulos vermelhos de ankylostomiados conservam-se em seu proprio sôro, por longo prazo, até 20

1. Citado no «Traité d'Hematologie», de Besançon Labbé. 1904.
2. The pratical study of Malaria, 1903.
3. L'ankylostomiase, 1905.
4. Contribuição ao estudo das cytotoxinas no sôro dos anemicos por ankylostomiases. These de doutoramento, trabalho do Instituto de Manguinhos, 1905.

dias, com os seus caracteres de forma e coloração, o que não se dá com o sangue normal. É curioso approximar estes dous factos: grande resistencia quando guardados em seu proprio sôro, e franca vulnerabilidade quando em contacto com soluções já hypertonicas. Mostrou ainda o doutor Mac-Dowell a existencia de agglutininas, e, ás vezes, de hemolysinas, no sôro de ankylostomiados, experimentadas para hematias de homem normal. Esses factos, ainda desconnexos, provam mais uma vez, a complexidade da pathogenia da anemia na uncinariose, e como longe estamos de lhe conhecer todas as filigranas.

Ha, para quem estuda em climas tropicaes, uma primeira condição a preencher: a determinação de estalões normaes, pois não é possivel que nos sirvamos de typos estabelecidos em meios diversos, sem previamente verificarmos até que ponto nos possam servir. De accordo com este criterio, procurámos, sob a proficiente direcção do doutor Oswaldo Cruz, determinar a resistencia globular do sangue do homem normal, no meio em que operavamos, como termo de comparação para estudos ulteriores com sangue de ankylostomiados. A experiencia colhida n'essas pesquizas [1] permitte-nos formular as considerações que vão servir de base para a presente nota.

Com justissimas razões, accorda a maioria dos autores, em considerar, como preferivel, no estudo da resistencia globular, o methodo do inicio macroscopico da emolyse por agentes chimicos. D'entre estes, é evidente que nenhum offerece maiores vantagens que a agua distillada, com a sua acção perfeitamente regularisada pelo chlorureto de sodio, chimicamente puro. A sensibilidade d'este methodo resalta, attendendo-se que as modificações se notam entre soluções, que apenas differem de 0.005 por 100 en concentração. Em sua expressão schematica, o methodo consiste *em reunir uma mesma quantidade de sangue a volumes sempre eguaes de soluções salinas progressivamente concentradas e notar em qual d'ellas se inicia a diffussão da hemoglobina*. É esse o eixo em torno do qual surgiram as praticas mais acceitaveis Hamburger, [2] Van Limbeck, [3] Mosso, [4] Vio-

1. «Contribuição ao estudo da resistencia globular do sangue normal do homem no Rio de Janeiro». These de doutoramento. Trabalho do Instituto de Manguinhos, 1905.

2. Rap. au Congrès intern. de médecine de 1900.

3. Praguer med. Wochenschrift, 1870, nos. 28, 29.

4. Arch. ital. de Biologie, VIII, pag. 257.

la, [1] Vaquez, [2] Ribierre, [3] Stephens e Christophers, [4] Engel, [5] etc., são os principaes nomes que respondem por eses processos, apenas differentes entre si por particularidades de technica. Como é natural, cada autor procurou cercar o seu modo de proceder de umas quantas operações, tendentes á uma maior aproximação da verdade. Entretanto, este objectivo da perfeição dos methodos, constitue um dos pontos mais delicados do estudo da resistencia globular. E isto porque no estado actual da hematologia, não é possivel organisar se um *methodo ideal*, cujas bases seriam aquellas: tão bem estabelecidas por Vaquez, no Congresso de 1900. É preciso abandonar a preoccupação de apprehender todas as phases do phenomeno, sem o que, creia-se um methodo exclusivamente theorico, incapaz de ser empregado por quem quer que seja, com utilidade pratica. Convem, pois, em questão de methodos, ficar no da observação do inicio macroscopico da hemolyse, e, mesmo este, deve ser constituido pela forma mais simples.

Pensamos que o maximo rigor deve presidir ao preparo das soluções, afim de evitar a presença de ions outros que os decurrentes da dissociação molecular do chlorureto de sodio, e os inconvenientes da evaporação. N'esta phase, todos os cuidados não são em demasia. Porem, uma vez misturado o sangue ás soluções, achamos de boa pratica o maior repouso das misturas. Somos contrario ao desfibrinamento previo, á centrifugação, e ao revolvimento por meio de hastes, como vem aconselhado no ultimo processo de Hamburger. [6] Todas essas manobras traumatisam os globulos, destrœm muitos, pondo em liberdade a hemoglobina, com tanto mais facilidade, quanto estiverem em jogo hematias de resistencia diminuida, quer em consequencia de um estado pathologico, quer pelo contacto com soluções que comecem a ser hypotonicas, como tantas vezes nos foi facil verificar. Além disso, essas praticas, com o serem prejudiciaes, não trazem vantagens á perfeição que se tem em vista.

Uma outra exigencia, cujo alcance não parece bem justificado, é a da asepsia de todo o material empregado, em todas as phases do pro-

1. Alcune note intorno, etc. Gazetta degli Ospedali. Milano, 1894, 27 gennaio, p. 115.
2. Compt. rend. Soc. Biol. 1897.
3. L'hemolyse et la mesure de la resistance globulaire. Thèse de Paris, 1903.
4. Op. cit.
5. Klinische Untersukung des Blutes, 1902.
6. Loc. cit.

cesso. É estabelecida por Vaquez, como condição indispensavel, Ribierre a inclue no seu processo, detalhado em sua magnifica these. Entretanto, n'este processo, tudo se termina ao cabo de 4 a 5 horas. Não vemos razão para fazer questão capital da asepsia n'uma pesquiza que dura tão pouco. Ainda mesmo em prazos maiores, essa condição é dispensavel, por quanto, ao cabo daquelle lapso de tempo a deposição dos globulos é completa, e ahi então poderão os germens produzir as suas hemolysinas por qualquer tempo, que não irsão ellas perturbar o aspecto do liquido que se sobrepõe, salvo si houver agitação dos depositos. É certo que em torno d'estes fica, muitas vezes em soluções mesmo hypertonicas e no fim de longo prazo, uma atmosphera de hemoglobina diffundida, porém que em nada prejudica o exame, si se mantem o repouso dos tubos. E, e n'estes casos, indicação util é a fornecida pelo liquido incolor, a tenue atmosphera de hemoglobina diffundida resultado apenas do contacto prolongado em que permaneceram sangue e soluções. Quando a coloração traduz a dissolução de globulos de pouca resistencia, é ella precoce, e por egual se reparte em todo liquido.

Com o fim de evitar a evaporação das soluções, as distribuiamos, logo depois de preparadas, por pequenos tubos fechados á lampada, na quantidade de 5 c. c. para cada um. Na occasião de serem utilisadas, eram passadas para tubos de ensaio, em cada um dos quaes era pingada uma gotta do sangue a examinar, obtida por picada de um dos dedos. Com uma lanceta de lamina larga e bem aguçada, as gottas cahem expontaneamente, com grande regularidade. Uma perfeita mistura se consegue rolando o tubo verticalmente entre as mãos, o que traz ainda a vantagem de evitar a formação de espuma. Collocados em serie, eram os tubos deixados em repouso. O exame fazia-se á luz reflectida, de encontro a um fundo branco, ao cabo de 24 horas.

Algumas vezes, apezar de todos os cuidados, apparecia na serie uma irregularidade. Por esta razão, adoptámos a practica de sempre fazer as series em duplicata, de modo que si uma apresentava-se duvidosa, estava presente a outra, preparada em identicas condições, para encaminhar a observação.

Um facto evidenciou-nos essa precaução: commummente, sem que exista a menor irregularidade nas series, não corresponde á mesma concentração a *resistencia minima*, indicada por ambas. A discordancia chega a ser de dous tubos. Isto mostra que não se pode julgar da diversidade de acção de dous agentes hemolyticos, sempre que a indicação da solução limite divergir de um ou dous tubos, de uma serie

para outra. Friso este ponto porque, na these de Ribierre, é acceita, como prova, a differença de um tubo. Assim, pois, a *resistencia minima*, corresponde, para cada individuo, a mais de uma concentração, dentro, porém, de um certo limite, que, nas nossas observações, não foi excedido. Nos casos que examinámos, esse limite esteve representado por 0.45 % e 0.48 %. Pensamos que, em cada caso particular, só devem ser consideradas como anormaes as indicações que estiverem fóra d'esses numeros.

Examinámos o sangue de 30 individuos, de edades differentes e de profissões as mais diversas. Observamol-os em 52 series duplas, que nos forneceram as proporções de 0.45 % e 0.48 % de chlorureto de sodio e agua destillada, como representando a solução isotonica. Cotejando a *resistencia minima* que encontrámos com os numeros estabelecidos por pesquisadores estrangeiros, em meios differentes, vê-ss que o accordo é mais que acceitavel. Eis esses numeros:

Hamburger	=	0.44 %	
Vaquez	=	0.44 »	a 0.48 %
Ribierre	=	0.42 »	a 0.44 »
Viola	=	0.48 »	
Cabat	=	0.44 »	a 0.48 »
Da Costa.	=	0.46 »	a 0.48 »
Ewing.	=	0.46 »	

Comprehende-se que, na comparação d'esses numeros, deva presidir uma tal ou qual tolerancia, desde que foram obtidos com o emprego de technicas differentes. No emtanto, seria para desejar que se estabelecesse a uniformidade nos processos de investigação da resistencia globular, para que maiores elementos fossem colhidos na elucidação dos factos que lhe são connexos Bastava que a systematisação se fizesse em torno do methodo que viemos apregoando, para que as vacillações, que ainda existem, desapparecessem deante do contigente proveitoso que a hematologia é capaz de fornecer. no capitulo da resistencia globular. Á vista das rapidas considerações que precedem, acreditamos poder formular as seguintes CONCLUSÕES:

1.ª O valor do estudo da resistencia globular, real em todos os casos, cresce, sobretudo, n'aquelles em que existe desglobulisação.

2.ª Dos methodos que teem sido utilisados para o estudo da resistencia globular, o que possue uma indiscutivel praticabilidade clinica, é o da observação do inicio macroscopico da hemolyse.

3.ª Na pratica d'esse methodo, é de conveniencia o abandono dos meios capazes de traumatisar as hematias.

4.ª É perfeitamente dispensavel a condição de asepsia, a qual deve ser substituida pela da mais absoluta cautela, a fim de que as soluções encerrem exclusivamente o agente hemolytico e o seu graduador.

5.ª É indispensavel o emprego de series duplas, que se completam e se corrigem.

6.ª Nos casos que examinámos, o methodo evidenciou, com toda regularidade, que a *resistencia minima* no Rio de Janeiro, oscilla entre os mesmos limites, estabelecidos nas observações dos pesquisadores estrangeiros. Isto prova que, na sua maior simplicidade, o methodo é capaz de fornecer resultados dignos de consideração.

Cura prompta e radical da syphilis por um novo methodo therapeutico

PELO

Dr. Egas Moniz Barreto de Aragão (de Bahía)

Membro da Société de Médecine de Paris, do Instituto Real de Coimbra, etc.

Era desejo nosso apresentar pessoalmente ao III Congresso Medico Latino-Americano, na qualidade de seu Membro Titular, extensa Memoria impressa sobre um novo meio de tratamento da Syphilis em qualquer dos seus periodos sem o emprego dos Mercuriaes e Ioduretos—esses dois pseudo-especificos.

Motivos ponderosos e independentes da nossa vontade, impedindo a realisação de tão legitimo desejo, obrigaram-nos, alem de tudo, a reduzir, á ultima hora, a referida Memoria, de modo que somente, sob a forma synthetica, de simples conclusões, conseguirá ella chegar ás mãos dos nossos illustres Confrades.

Não obstante julgamos que a nossa communicação, ainda assim, poderá attrahir a preciosa attenção do Congresso, tratando-se como se trata de uma descoberta, capaz ao nosso vêr de produzir no dominio da Syphilotherapia uma benefica revolução, abolindo de vez o classico methodo mercurio-iodural, tão incompleto, aleatorio e perigoso nos seus effeitos curativos e tão ouriçado de multiplas contraindicações e omnimodos inconvenientes.

Escusado nos parece assignalar que o nosso agente therapeutico

não se acoita á sombra charlatanesca das panacéas secretas, nem tão pouco anda á procura de reclames mais ou menos ardilosos.

Para proval-o basta declararmos que, longe de constituir um producto commercial monopolisavel ou monopolisado, este nosso medicamento é e será sempre fornecido gratuitamente por nós a todos aquelles que o solicitarem para averiguações e experiencias pessoaes.

O nosso principal e unico desideratum consiste em demonstrar á luz meridiana da Medicina Experimental que é possivel curar de modo rapido e radical a Syphilis em qualquer das suas modalidades e isto sem nenhum dos inconvenientes ou contraindicações peculiares aos Mercuriaes e Ioduretos.

Sabemos perfeitamente que, assim nos externando, provocaremos inevitaveis protestos por parte d'aquelles que se insulam n'um estreito misoneismo, para melhor defender certos dogmas secularmente proclamados pelos Mestres, embora no tribunal da consciencia lhes reconheçam a flagrante inanidade.

De outro lado, porém, estamos convencidos, que todosos espiritos libertados de idolatrias atavicas e capazes de submetter á boa logica e insophismavel experiencia dos factos as suas idéas, opiniões e preconceitos não nos poderão negar, se não o applauso, pelo menos as luzes norteadoras de uma sabia critica, sempre indispensavel á evolução normal e completa de toda e qualquer descoberta humana.

O homem, já o disse Daniel de Foë, que, acreditando possuir a Ver dade tem medo de confessal-a em virtude da opinião contraria dos outros homens, embora constituam elles a humanidade inteira, este homem, alem de nescio, merece o qualificativo de covarde.

Persuadidos, ainda mais, de que «todas as vezes que o facto observado se levantar contra uma theoria reinante devemos acceitar o facto o abandonar a theoria, não obstante seja esta geralmente acceita e defendida pelos grandes Mestres» temos o direito de entrar *nec timere nec iimide* na arena scientifica em cujo recinto, hoje aberto á humanidade inteira, o embate das ideas, por mais densa que se torne a poeira provocada pela lucta, só pode produzir a luz.

Toda a descoberta obedece a uma lei basica e irreductivel, condensada nesta phrase de Feuerbach: *Erst Phantom, dann Problem, dann Wirklichkeit.*

I

É facto que a Syphilotherapia contemporanea ainda gyra como ha 4 seculos passados no mesmo circulo vicioso constituido pela serie dos Mercuriaes.

II

A especificidade do Mercurio na Syphilis é diariamente desmentida pela pratica e as recentissimas experiencias de *During* e *Schultz* [1] demonstram que, durante o tratamento mercurial, o Mercurio se encontra tão attenuado no organismo que, em logar de actuar como microbicida ou antiseptico, reforça pelo contrario a proliferação e até augmenta a virulencia do germen pathogeno da Syphilis. [2]

III

O methodo moderno e tão preconisado de saturar o syphilisado de Mercurio, alem de improficuo, constitue um clamoroso erro therapeutico, porquanto substitue á intoxicação microbiana uma verdadeira ntoxicação medicamentosa, expondo o doente a accidentes muitas vezes mais graves de que os da propria Syphilis e provocando até a morte. [3]

IV

Mauriac demonstrou com apresentação de factos irrecusaveis que o Mercurio constitue um agente therapeutico aleatorio e incompleto apenas attingindo os effeitos e de forma alguma a causa productora da Syphilis. [4]

---

1. Münchener Medizinische Wochenschrift, N. 11-1905.

2. Vide—Robin—«Bulletin de l'Académie de Médecine de Paris»—Tom. V, pags. 227-239. Antisepsie interne. Bouchard—Les Microbes pathogènes—pag. 194; Liouville—De l'abus n Thérapeutique—pag. 45; etc. etc.

3. Ide—«Traité de Thérapeutique et de Pharmacodynamique» - 1905—pág. 293; Gaucher—Communication à la Société Médicale des Hôpitaux—17 de Novembro de 1899; Lesser e Brocq—Annales de Dermatologie et de Syphiligraphie—1901, pag. 347; Pfluger—Archiv für Dermat. und Syphilis—1902-Tom. X- pag. 425; Klotz-Archiv f. D. und Syph. Tom. XIV—pag. 265; Glavtche—Journal russe des maladies cutanées et vénériennes—Tom. V, pag. 227; Nikolsky—Communication à la Société Française de Dermat. et de Syph. 11 de Janeiro de 1906; Hallopeau—Communication au XV Congrès Int. de Médecine, abril de 1906; etc.

4. A mesma opinião professam: Prokscii: Betrachtungen über die neueste und ältere Behandlung. der Syphilis; Finger—Die Syphilis und die vener. Krankheiten; Lesser: Lehrbuch der Geschlechtskrankheiten; Mracek—Atlas der Syphilis und Venerischen Geschlechts—Krankheiten, nebst Grundiss der Pathologie und Therapie derselben; etc. etc. etc. e o proprio A. Fournier a pag. 213 e 215 da Syphilis et Mariage.

Letulle—Intoxicação mortal após 12 injecções mercuriaes no espaço de 2 mezes. Communicação á Société Médicale des Hôpitaux—Sessão de 16 de Novembro de 1906).

Rénaut—Estomatites graves sobrevindo tardiamente ao emprego de injecções de *huile grise* e um caso de embolia pulmonar provocada pela mesmas injecções. (Comunicação a mesma sociedade. Sessão de 16 de Novembro de 1906).

Comby—Thrombose cardiaca produzida por injecções de *huile grise*. (Communicação á mesma sociedade. Sessão de 16 de Novembro de 1906).

Dalché—Insuccesso notavel do tratamento mercurial precoce e muito energico na Syphilis secundaria. Paralysia do braço esquerdo, hemiplegia direita com cephaléa intensissima consecutivas ao emprego de injecções mercuriaes. (Communicação á Société de Thérapeutique de Paris.—Sessão de 14 de Novembro de 1906).

Gautier.—Insuccesso do tratamento mercurial na Syphilis. (Communicação á mesma Sociedade. Sessão de 14 de Novembro de 1906).

Le Gendre.—Caso de morte provocado pelo tratamento mercurial. (Communicação á mesma Sociedade. Sessão de 14 de Novembro de 1906).

Egas Moniz—142 casos de completo insuccesso do tratamento mercurial na Syphilis. (Communicação á Société Française de Dermatologie et de Syphiligraphie—Março de 1907).

V

O Mercurio não impede de forma alguma as manifestações da Syphilis secundaria tardia, sendo até estas manifestações mais frequentes nos syphiliticos submettidos a um tratamento mercurial prolongado. [1]

VI

Já ficou provocado por Watrazewsky [2] que a maioria dos casos de Syphilis maligna são observados em doentes tratados precocemente com Mercurio, o que parece demonstrar que este metal e seus compostos, empregados no periodo de latencia syphilitica, servem ape-

1. A. Fournier--Syphilis secondaire tardive—1906.
2. Congresso Int. de Medicina—Moscow, 1897.

nas para obstruir as vias de eliminação do agente morbigeno e que alem de tudo o tratamento mercurial prolongado constitue um serio perigo porque prepara e favorece lesões medullares e cerebraes.

VII

Na enorme maioria dos casos de paralysia geral de origem syphilitica a Therapeutica não possue até hoje agente algum de real efficacia. A. Fournier proclamou em sessão de 21 de Fevereiro de 1905 da Academia de Medicina de Paris não só «a impotencia de todo e qualquer tratamento preventivo da Paralysia Geral Syphilitica, como a *bancarrota completa* de todo e qualquer tratamento curativo» affirmando que «apesar de experimentar na especie todos os agentes conhecidos da medicação specifica sob todas as formas e em todas as doses, algumas até temerarias, verificou a absoluta impossibilidade em que se encontra a Medicina para prevenir ou curar tão formidavel manifestação da Syphilis. [1]

VIII

Constituindo a Syphilis a «etiologia mais commum das molestias do systema nervoso (Raymond) e sendo, como é, alem de uma entidade morbida que ataca o organismo inteiro «*acima de tudo e principalmente um toxico especifico do systema nervoso* (A. Fournier) e não podendo o Mercurio prevenir e curar estas manifestações, talvez as mais communs da Syphilis, é natural que o supposto rei dos anti-syphiliticos deva cedo ou tarde ser substituido por outro medicamento menos fallaz e improficuo, tanto mais sendo elle um *verdadeiro veneno cerebral e nervoso* (Kussmaul).

IX

Como é sabido, na Syphilis Terciaria, falha quasi sempre a acção curativa do Mercurio, sendo preciso recorrer ao *Iodureto de potassio* considerado erradamente por alguns autores o *unico especifico do Terciarismo*.

---

1. São da mesma opinião Raymond. Motet, Magnan, Joffroy, Déjérine, Brissaud, P. Marie, Ballet e para bem dizer a totalidade dos syphiligraphos contemporaneos.

X

O methodo moderno das injecções mercuriaes soluveis e insoluveis apesar da fama que o cerca, pouco adiantou á Syphilotherapia, desde que a *Serumtherapia* procura com heroica paciencia e universal actividade um meio menos duvidoso e perigoso de curar a Syphilis a qual continua como sempre a ceifar milhões de vidas e a abarrotar os hospitaes das 5 partes do mundo, constituindo ao lado da Tuberculose e do Alcoolismo essa teterrima trindade pandemica contra a qual ha tantos seculos lucta debalde a Humanidade.

XI

Por mais intenso e prolongado, já o affirmou Virchow, que seja o tratamento mercurial não, possue a Medicina signal algum que lhe permitta affirmar ter curado um syphilitico.

XII

A prova desta verdade é o facto do principe da Syphiligraphia Franceza, A. Fournier declarar, e com elle a maioria dos auctores contemporaneos, que: «Tres a quatro annos methodicamente consagrados a uma energica medicação mercurial tal é o minimo, não direi para curar a Syphilis, porque não sei se a Syphilis pode ser curada, mas para conjurar pelo menos as suas manifestações no presente e no futuro. Ainda assim é prudente que, ultrapassando este espaço de tempo, o syphilitico se submetta a novas curas mercuriaes de modo a poder enfreiar constantemente a diathese e conservar o terreno já conquistado». [1]

XIII

Ora, um agente therapeutico que, alem de não prevenir as manifestações mais graves e mais communs de uma molestia, não consegue cural-a, sendo necessario luctar por assim dizer, dia a dia, emquanto viver o doente, não contra o causa morbigena, mas unicamente contra alguns symptomas, justamente os menos serios, não fallando já dos

---

1 «Syphilis et Mariage», pag. 215.

grandes inconvenientes e continuas contra-indicações provocados pela sua violenta toxicidade, capaz de matar até mesmo em dose diminutissima, este agente therapeutico não pode nem deve merecer o qualificativo de especifico real da Syphilis.

XIV

Assenhoreados pela verdade do exposto, conseguimos, após onze annos de experiencias, descobrir um novo agente therapeutico cuja efficacia no tratamento da Syphilis, em qualquer dos seus periodos nos parece muito superior a dos Mercuriaes e Ioduretos.

XV

Em vista de numerosas e diarias observações clinicas, porquanto á clinica pertence de direito a suprema palavra, verificamos que o novo agente therapeutico cura não só as manifestações syphiliticas debellaveis com os Mercuriaes e Ioduretos como tamben aquellas contra as quaes estes dois classicos especificos se têm mostrado de uma inocuidade absoluta.

XVI

Ao contrario dos Mercuriaes e Ioduretos o novo agente therapeutico é tolerado e absorvido pelo mais delicado systema gastro-intestinal e não possue acção nociva alguma sobre o apparelho renal e hepatico.

XVII

Modificador chimico do sangue—este soberano mediador plastico entre o mundo exterior e a cellula organica, sempre em movimento e pelo qual passam não só todos os principios da vida: oxygeno e materiaes da nutrição cellular, como tambem todos os principios da morte: toxinas de origem microbiana e substancias residuaes provenientes do dynamismo nutritivo—modificador chimico do sangue o novo agente therapeutico, normalisando a nutrição cellular e augmentando a porcentagem dos elementos globulares e hemoglobinicos, parece varrer das mais reconditas profundezas do organismo, n'um verdadeiro vortice exosmotico, germens pathogenos, residuos cellulares e exsudatos virulentos, travando por consequencia com energia e rapidez a evolução da cythemolyse peculiar á infecção syphilitica.

XVIII

Estimulador directo do tecido lymphoide, provoca, alem disto, uma franca hyperleucocytose mononuclear, superactivando dest'arte os processos bio-dynamicos de defeza contra o microbio e toxinas da Syphilis e intervindo salutarmente na genese e evolução dos macrophagos, cuja missão chimiotropica é por demais conhecida no dominio pathologico.

XIX

Pela rapidez e radicalidade das numerosas curas até hoje realisadas é licito acreditar que o novo agente therapeutico possua uma real acção especifica sobre o *Treponema pallidum* de Schaudinn e Hoffmann, em todo o caso muito mais prompta e segura do que a dos Mercuriaes e Ioduretos, porquanto consegue debellar positivamente não só os symptomas como tambem faz desapparecer manifestações syphiliticas contra as quaes o tratamento mercurio-iodural intensivo e prolongado se tem mostrado absolutamente improficuo.

XX

Apesar de ser ainda curto o espaço de 11 annos para provar que após o emprego do novo agente therapeutico a Syphilis não mais se manifesta, o facto é que podemos apresentar todos os individuos por nós curados ha 10 e 11 annos de gravissimas manifestações primarias, secundarias e terciarias, em que até á data em que escrevemos, apesar de cessado o tratamento, gosam de perfeita saude e não apresentam symptoma algum que faça duvidar da cura radical.

XXI

Baseados na lei que ensina serem os vegetaes intermediarios providenciaes entre o reino mineral e animal, presidindo especialmente á nutrição deste ultimo e que os principios amorphos vegetaes embora ainda pouco estudados constituem os principios mais importantes pela sua abundancia na natureza e pelo saliente papel que representam na existencia dos seres organisados, sendo alem de tudo elaborados pelos referidos vegetaes que delles fazem a synthese, partindo dos elementos e podem fixar estes elementos nos tecidos animaes incapa-

zes de realizar a referida synthese; sabendo ainda mais que alem dos principios ternarios e quaternarios os vegetaes possuem principios phosphorados, sulphurosos, ferruginosos, iodados, etc., que fazem egualmente parte integrante dos tecidos animaes, procuramos verificar os effeitos de certos productos da Flora Brasileira, ha seculos empiricamente utilisados pelos aborigenes no tratamento da Syphilis, alguns dos quaes já assignalados por W. Pinson e G. Marcgrav nas suas curiosas obras, impresas em 1648 em Amsterdam, como possuindo maravilhosas propriedades anti-syphiliticas. [1]

XXII

Os vegetaes de que conseguimos extrahir os principios activos constituintes do novo agente therapeutico são os seguintes:

Franciscea Uniflora—Escrophularinéas.
 Classif. de Polh.
Jacaranda procera—Bignoniaceas.
 Classif. de Martius.
Tecoma speciosa—Bignoniaceas.
 Classif. de Martius.
Bwodichia major—Leguminosas.
 Classif. de Martius.
Guazuma Ulmiflora—Malvaceas.
 Classif. de Martius.
Wibrandia verticillata—Curcubitáceas.
 Classif. de Barbosa.

XXIII

Vulgarisando o nome dos vegetaes empregados, cumpre nos declarar que impossivel se nos torna explicar, no estreitissimo ambito desta Memoria, por demais synthetica, os longos e delicados processos chimico-pharmaceuticos por meio dos quaes chegamos á manipulação do novo medicamento sob a especie de um elixir toleravel pelo mais difficil paladar, o que representa realmente um triumpho pharmaco-

---

1. Vide—W. Pison: *De Medicina Brasiliensi—Amsterdam—Edição de Lud—Elzevirium*—1648; e *G. Marçgrav*—Historia Rerum Naturalium Brasiliæ.—Amsterdam—Edição da Lud. Elzevirium. 1648.

logico, porquanto o segundo dos vegetaes acima citados possue cheiro e sabor tão fetido que seria de todo impossivel a sua absorpcão *per os*, sem a eliminação total de similhantes qualidades organolepticas.

XXIV

Numa serie de trabalhos que pretendemos brevemente publicar teremos occasião de dar mais amplas informações, não só a respeito das nossas observações clinicas e da pharmacodynamica do novo agente therapeutico, como tambem sobre o modo de empregal o e o regimen dietetico necessario para que a sua acção seja rapida e completa.

XXV

Cumpre-nos declarar que, não tendo encontrado no Brasil um chimico ou um pharmaceutico que se promptificasse a estudar comnosco os effeitos do novo agente therapeutico e conseguisse levar avante a laboriosa serie de experiencias imprescindiveis para a realisação do nosso desideratum, nos vimos obrigados a procurar na Europa pessôa idonea que nos auxiliasse, tendo encontrado na pessoa do nosso primo e collega Antonio Dias Amado, Diplomado e Laureado pela Universidade de Coimbra e ex-Director dos Laboratorios de Pharmacia da mesma Universidade, um admiravel companheiro de trabalho.

XXVI

Este nosso eminente e esforçado collega tem obtido em Portugal e Hespanha curas tão rapidas e assombrosas da Syphilis que, exonerando se do cargo que dignamente occupava na Universidade de Coimbra, veio residir em Lisbôa onde se dedica exclusivamente desde 1895 a diarias e pacientes pesquizas e observações clinico therapeuticas, sempre colhendo os mais brilhantes resultados no tratamento da Syphilis.

XXVII

Citando por ultimo o nome deste nosso valente companheiro de estudo e de luctas, cumprimos um dever de lealdade e gratidão, porquanto lhe cabe tanto quanto a nós ou talvez muito mais, os louros que por ventura colhermos com a vulgarisação da nossa descoberta.

Curación de la tuberculosis pulmonar en su primer y segundo períodos

POR EL

Dr. Tomás Salazar

Profesor de Terapéutica de la Universidad de Lima

Siendo la tuberculosis pulmonar una de las enfermedades más frecuentes y que ocasiona el mayor número de fallecimientos en el mundo, creo útil comunicar al Congreso Médico de Montevideo, el método curativo que me ha dado excelentes resultados en esta infección, tanto en el Hospital Militar de San Bartolomé, como en mi práctica civil.

Lo primero que procuro es la ventilación de la habitación del enfermo, haciendo que se renueve el aire constantemente durante la noche; en el día, el paciente debe estar en el corredor, al aire libre, en descanso si está muy débil, y haciendo un ejercicio moderado si las fuerzas se lo permiten. En seguida me preocupo de su alimentación; como estos enfermos tienen casi siempre anorexia, les prescribo gotas amargas (una mezcla de las tinturas de quina, lúpulo y colombo, veinte gotas, ó bien un gránulo de cuasina, precisamente media hora antes de sus alimentos) si esto no despierta el apetito, les doy la kola de Astier, una cucharadita antes de su comida. El tercer medio que empleo es la antisepsia de la sangre; para conseguir esto les prescribo la siguiente fórmula: creosota, treinta y seis gotas; yodoformo, treinta y seis centigramos, hágase doce píldoras, dos por la noche, dos por la mañana. Al tercer día otra fórmula, cuarenta y ocho gotas de creosota, treinta y seis centigramos yodoformo, hágase diez y ocho píldoras, tres por la noche, tres por la mañana.

Así continúo aumentando cada tres días doce gotas; la cantidad de yodoformo no varía; hasta que el enfermo llegue á tomar veinte gotas de creosota, noche y mañana. Se observa la temperatura del paciente, por la noche y por la mañana. En la mayor parte de los enfermos la temperatura matutina es de 36º5 ó de 37 y en la noche 37.5. Con este tratamiento el calor febril va disminuyendo gradualmente; cuando el termómetro marca 37 en la noche se suspende la creosota. A veces esto sucede cuando el enfermo ha llegado á tomar catorce

gotas. Habiendo desaparecido la fiebre les prescribo el cacodilato de soda, cinco centigramos, junto con sus alimentos. Para calmar la tos que continúa á pesar de la apirexia, les prescribo el jarabe de Ramy, una cucharada noche y mañana, ó bien el jarabe de tolú, quince centigramos, con extracto de beleño, seis centigramos; á otros les asienta el cianuro de potasio, seis centigramos, agua, treinta gramos, tintura de polígala, veinte gotas, ó bien cuatro cápsulas de terpinol, noche y mañana. En algunos enfermos la creosota produce dolores en el estómago, en ese caso le añado á la fórmula doce centigramos de clorhidrato de cocaína, con lo que desaparece el dolor. Si la creosota produce diarreas, se suspenden las píldoras; les prescribo salicilato de bismuto y benzonaftol á cuatro gramos, polvos de Dover dos gramos cuarenta centigramos, para ocho papeles, uno tres veces al día, y alimentos ligeros como leche, caldo con huevo. Pero estos enfermos continúan con el tratamiento creosotado por medio de inyecciones hipodérmicas: creosota, siete gramos, aceite de olivas esterilizado por el fuego, cien gramos; de este aceite se inyecta en el brazo ó en la nalga un centímetro cúbico ó una jeringuita de Pravaz, pequeña; esto se hace por dos días, al tercero se le inyecta dos jeringuitas, lo que puede hacerse sin retirar la aguja; á los tres días se le inyecta tres jeringuitas y así se va aumentando hasta seis jeringuitas una sola vez al día.

Este método de las inyecciones hipodérmicas de aceite creosotado debe preferirse en la mayoría de los casos; y sólo cuando el paciente tiene repugnancia á dichas inyecciones se recurrirá á la creosota administrada por la boca.

Si el tuberculoso tiene una pleuresía y el derrame es muy grande, se hará la toracentesis; si el derrame es corto, se aplica un vejigatorio; por supuesto que siempre se emplea la creosota en inyecciones ó bien interiormente mientras hay fiebre; se observa que la creosota acelera la reabsorción del exudado pleurítico.

Si el tuberculoso tiene fiebre alta y síntomas de bronquitis capilar, ó de bronconeumonía, como sucede muchas veces después del sarampión, se prescribe la poción de Todd, ciento veinte gramos, muriato de amoníaco dos gramos, tintura digital cuatro gramos, cucharada cada dos horas, aplicando al mismo tiempo las inyecciones hipodérmicas de creosota, como queda dicho.

En los tuberculosos cuando se ha quitado la fiebre les administro el aceite de hígado de bacalao ó la emulsión de Scott, una cucharada en los alimentos, y si toleran bien estos medicamentos, dos cucharadas. A los que no soportan el aceite, se les prescribe el glícerofosfato

de cal, cincuenta centigramos, junto con sus alimentos, ó bien el cacodilato de soda en inyección hipodérmica de cinco centigramos, en un gramo de agua destilada, una sola vez cada día.

ÍNDICE DEL TOMO II

2.ª Sección (Medicina)

1.ª Sesión.—Presidencia del doctor Manuel José de Araujo:

2.ª Sesión.—Presidencia del doctor Roberto Wernicke:





